Rok XL. Kraków, 19 Października 1901. Nr 42.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. Przyczynek do plastyki ubytków tchawicy (trocheoplastyki).

Podał
Dr. Roman Barącz
Docent chirurgii Uniwersytetu lwowskiego.

Zamknięcie wielkich bliznowatych ubytków tchawicy, czyli tak zw. tracheoplastyka (bronchoplastyka podług Dieffenbacha), przedstawia zawsze znaczne trudności. Trudności te wzmagają się dlatego, ponieważ ubytki podobne łączą się zazwyczaj z cieśnią krtani i tchawicy. Dlatego też zamknięcie podobnych przetok jest dozwolone tylko wtedy, jeżeli objawy towarzyszącej cieśni dróg oddechowych zostaną usunięte. Proste odświeżenie brzegów ubytku i zeszycie nie wystarcza w podobnych przypadkach, gdyż sztywne brzegi trudno dają się zbliżyć, a w razie zeszycia rana poddaje się parciu powietrza wydechanego.

Bronchoplastyka Dieffenbacha[1]) obejmuje 5 metod operacyjnych: z tych 2 odnoszą się do pokrycia małych, a 3 do pokrycia większych ubytków. Cztery pierwsze polegają na odświeżeniu brzegów przetoki i zbliżeniu ich szwami różnego rodzaju, a względnie dodawaniu cięcia zwalniającego. Piąta metoda Dieffenbacha polega na tworzeniu językowatych płatów, zwijaniu ich naokoło własnej osi i zatykaniu nimi ubytków w postaci czopów.

Metoda, polecona przez Larreya[2]), polegająca na odpreparowaniu z sąsiedztwa ubytku 2 płatów, zbliżeniu ich do siebie i zeszyciu w linii środkowej, nie prowadziła zazwyczaj do celu, ponieważ po tym zabiegu powstawała znaczna odma podskórna, wywołana dostaniem się powietrza wydechanego do tkanki podskórnej.

I. Roux[3]) starał się zapobiedz odmie podskórnej przy operacyi podanej przez Larreya w ten sposób, że dodawał z boku przetoki cięcie, drążące do światła tchawicy i w przewód tak utworzony wprowadzał cewnik, który dopiero po zrośnięciu się płatów usuwał.

Velpeau[4]) podał metodę podobną do metody Dieffenbacha. Odpreparował on ze skóry szyi powyżej ubytku płat językowaty, zwijał go naokoło swej osi i zatykał tak utworzonym czopem ubytek. Następnie przeszywał na wylot długą igłą brzegi ubytku i płat i zakładał szew w postaci 8.

Balassa[5]) okrawywał przetokę cięciem czworobocznem i wszywał w tak okrwawiony ubytek płat czworoboczny, wzięty ze skóry poniżej ubytku w ten sposób, że powierzchnia skórna płatu zwróconą była ku światłu tchawicy. Szypułkę płatu przecinano po wrośnięciu jego w ubytek.

Z późniejszych sposobów najwięcej znany jest sposób Rieda[6]), podany w r. 1863, polegający na szerokiem odświeżeniu brzegów ubytku w postaci sześcioboku i pokryciu go odpowiednio ukształtowanym płatem ze sąsiedztwa.

Nélaton[7]) poleca w celu pokrycia podobnych ubytków, plastykę, polegającą na wszyciu w ubytek podwójnych, nakrywających się płatów (*autoplastie par double superposition*).

Nélaton użył tego sposobu z korzyścią najpierw do pokrycia wrodzonego ubytku cewki moczowej w przypadku wierzchniactwa (*epispadiasis*) i poleca go również do pokrywania ubytków tchawicy. Przy ubytku tchawicy odpreparowywał po jednej stronie ubytku płat półkolisty z nasadą, sięgającą do brzegu ubytku. Płat ten odwracał powierzchnią skóry ku światłu tchawicy. Następnie odpreparowywał po przeciwnej stronie szyi podobny płat, jednak o nasadzie oddalonej od brzegu ubytku, a którego wierzchołek sięgał do brzegu ubytku. Tym drugim płatem pokrywał pierwszy w ten sposób, że powierzchnie okrwawione obu płatów stykały się ze sobą, następnie przyszywał jeden płat do drugiego.

Hüter[8]) polecił przy znacznych ubytkach tchawicy metodę podobną do sposobu Nélatona, polegającą na eliptycznym okrojeniu ubytku w pewnej odległości od jego brzegów, wwinięciu tak oddzielonej skóry ku wewnątrz, zbliżeniu brzegów jej zapomocą pogłębionych szwów i pokryciu tak powstałego eliptycznego ubytku dwoma czworobocznymi podwójnie uszypułkowanymi płatami ze sąsiedztwa.

Léon le Fort[9]) poprowadził naokoło ubytku cięcie okrężne, okalające ubytek, któremu przez wycięcie rąbków skóry u góry i u dołu nadał kształt eliptyczny. Na 5 mm. od cięcia okalającego przetokę poprowadził podobne cięcie drugie, równoległe do pierwszego, następnie wyciął powierzchowny rąbek skóry, objęty pomiędzy oboma cięciami; w ten sposób uzyskał 2 naprzeciw siebie leżące powierzchnie okrwawione, które zbliżył do siebie 5 szwami, zamykając w ten sposób przetokę. Po wyjęciu szwów 6 dnia po operacyi rana

[1]) Dieffenbach: Die operative Chirurgie I. Tom. Str. 507—511 Lipsk 1845.

[2]) I. F. Malgaine, Léon le Fort. Manuel de Medecine operatoire, 8 wyd. Paryż 1874. II część S. 285 i nn.

[3]) I. F. Malgaine, Léon le Fort *l. c.*

[4]) *ibidem.*

[5]) por. Günter Lehre von den blutigen Operationen. 71. Zeszyt. Lipsk 1864. S. 253 i nn.

[6]) Jenaische Zeitschr. für Med. u. Nat. Tom. I. 1864 str. 370 i Szymanowski, Uhde. Handbuch der operativen Chirurgie Brunszwik 1870 Str. 357 i nn.

[7]) I. F. Malgaine, Léon le Fort *l. c.* I część 162, II część str. 286.

[8]) C. Hüter: Tracheotomie und Laryngotomie. Handbuch der allgemeinen und speziellen Chirurgie red. v. Pitha und Billroth. Tom III, I Część, 5 zeszyt. Erlanga 1872 str. 76.

[9]) I. F. Malgaine, Léon le Fort *l. c.*

zrosła się na całej długości, powstała tylko mała przetoka, która zabliźniła się po kilku przeżeganiach kamieniem piekielnym.

Na zasadzie podobnej do metody Hütera i Nélatona polega plastyka, podana przez Roberta Abbego[10]) z nowego Jorku. U 45-letniego mężczyzny ze znacznym ubytkiem przedniej ściany krtani i tchawicy wskutek doznanego urazu, który już kilkakrotnie, jednak bezskutecznie, pokrywano, wykonał Abbe najpierw tracheotomię dolną, następnie odświeżył brzegi przetoki, okolił ją dwoma długiemi cięciami łukowatemi, odpreparował ze skóry poniżej przetoki, okolonej cięciami łukowatemi, wielki płat owalny, obrócił go powierzchnią skóry ku światłu przetoki, odświeżył na brzegach i wszył w przetokę dwoma rzędami szwu kuśnierskiego z cienkiego katgutu. Następnie podminował skórę po obu stronach szyi, podłożył pod nią płat i zeszył skórę ponad nim w środku, musiał jednak przedtem w odległości $1^3/_4$ cala od rany poprowadzić cięcia zwalniające. Rana zgoiła się przez rychłozrost, a rurkę tracheotomijna usunięto 5 dnia po operacyi. Chory opuścił szpital z zupełnie dobrą fonacyą.

P. Berger[11]) radzi pokrywać ubytki podobne za pomocą 2 warstw. Obok otworu przetoki prowadzi on 2 boczne cięcia półeliptyczne, odpreparowuje je w postaci kołnierzy aż do brzegów przetoki, później odwraca je powierzchnią skóry ku jamie tchawicy i przyszywa do siebie na wolnym brzegu cieniutkim katgutem. Na drugiem posiedzeniu pokrywa zrośniętą ze sobą pierwszą warstwę dwoma płatami bocznymi w postaci mostu, utworzonymi ze skóry szyi po obu bokach, które zeszywa ze sobą w linii środkowej.

Jak z powyższego zestawienia okazuje się, starano się głównie w czworaki sposób pokrywać ubytki przedniej ściany tchawicy: 1) przez odświeżenie i zeszycie brzegów ubytku (Dieffenbach, le Fort); 2) albo przez pokrycie ich płatami pojedynczymi, zwróconymi okrwawioną stroną do światła tchawicy (sposoby Larreya, Roux, Rieda); 3) albo przez wszczepienie w odświeżone brzegi ubytku płatów językowatych ze sąsiedztwa, zwiniętych naokoło swej osi (Dieffenbach, Velpeau); albo też 4) przez pokrycie ich płatami podwójnymi z których wewnętrzne zwrócone były powierzchnią skóry do światła tchawicy, zewnętrzne zaś je pokrywały (sposoby Balassy, Nélatona, Hütera, Abbe'go, Bergera). Sposoby ostatnie miały tę wyższość nad trzema pierwszymi, że stwarzały niejako stosunki prawidłowe, gdyż przednia ściana tchawicy dostawała przytem pokład nabłonkowy, nadto powietrze wydechane przy użyciu tych sposobów nie mogło tak łatwo powodować odmy podskórnej.

W ubiegłym roku zgłosił się do mnie 14-letni chłopiec z rozległym ubytkiem w górnej części tchawicy, spowodowanym długiem noszeniem kaniuli (po przebytej przed 5 laty błonicy z wytworzeniem się ziarniniaka i zwężeń, wymagających laryngofisury i rozszerzania). Gdy zastanawiałem się nad wyborem sposobu operacyjnego, wpadło mi na myśl, czyby nie można wyzyskać znacznej ciągliwości skóry szyi do wytworzenia przedniej ściany tchawicy. W jaki sposób to mi się udało osiągnąć, okazuje się z przytoczonej poniżej historyi choroby.

J. P., lat 14, ze Lwowa, przebył w kwietniu 1895 r. ciężkie zapalenie dławcowe krtani, przyczem z powodu objawów duszenia się wykonano tracheotomię górną; kaniulę usunięto 12-go dnia po operacyi. Do chorego zostałem wezwany po raz pierwszy w cztery tygodnie po wykonanej tracheotomii, t. j. w połowie maja 1895, celem wykonania ponownej tracheotomii z powodu ponownie powstałych i wzmagających się objawów duszenia się, spowodowanych wytworzeniem się ziarniniaka *(granuloma)*. Musiałem wykonać wtedy laryngotracheotomię, ponieważ pierwsza operacya była laryngotomią, t. j. przecięto chrząstkę pierścieniową. Przy powtórnej laryngotomii usunięto ziarniniaka łyżeczką ostrą przez ranę laryngotomijną. Z powodu objawów zwężenia tchawicy i wzmagającej się ponownie duszności, pomimo noszenia kaniuli, wykonałem 10 czerwca 1895 r. przy pomocy laryngologa Dra L. Gluzińskiego laryngofisurę (przecięcie chrząstki tarczykowej i pierścieniowej), przyczem okazało się, że przyczyna zwężenia



Fig. 1.

tkwiła w utkaniu bliznowatem, ułożonem w kształcie sino zabarwionego wału, tuż poniżej więzadeł prawdziwych; utkanie to wycięto małemi nożyczkami. Górną część rany, t. j. miejsce wycięcia blizny, zatamponowano gazą jodoformową, wprowadzono kaniulę, ranę zwężono szwami. Tampon usunięto 11 czerwca. W 10 dni po operacyi wyjęto kaniulę pomimo zakazu. Dnia 25 czerwca 1895 r. wystąpiły objawy ponowne duszności; endolaryngealnie stwierdzono: obrzęk w postaci szarawo zabarwionych 2 bocznych wałów, obustronnie ułożonych, tuż poniżej strun głosowych. Po wprowadzeniu najcieńszego numeru rozszerzadła Schröttera wystąpiły objawy duszenia się; dlatego po odbytej naradzie z laryngologami: Dr. L. Gluzińskim i lekarzem sztabowym Dr. Terenkoczy'm, wykonałem bezzwłocznie przy ich pomocy laryngofisurę. Przyczyną zwężenia okazały się 2, ułożone jeden nad drugim wały tkanki ziarninowej; tkankę tę usunięto częścią nożyczkami, częścią łyżeczką ostrą. Wprowadzono kaniulę Nr. 2, górną część krtani wytamponowano gazą sublimatową, ranę zespojono trzema szwami, chrząstki tarczykowej nie szyto. Drugiego dnia po operacyi usunięto tampon, kaniulę pozostawiono na trwałe.

Odtąd pozostawał chory w leczeniu laryngologów; leczenie to polegało na wyskrobywaniu i przyżeganiu ziarniny, częścią endolaryngealnie, częścią przez ranę tracheotomijną i wprowadzaniu rozszerza-

[10]) Robert Abbe. Plastic operation for closure of a large larynge al fistula. Annals of Surgery 1887, Vol V. str. 318. i nn.

[11]) P. Berger. Procédé pour obtenir l'occlusion des fistules trachéales par une autoplastie. Bullet et mém. de la Soc. de Chirur. Paris 1889 n. v. tome XV str. 684.

deł cynowych, począwszy od Nr. 4 do 13. Od marca 1900 r. ziarniny więcej się nie pojawiły, a cieśń tchawicy została trwale usuniętą.

Chory zgłosił się do mnie znowu w początku sierpnia 1900 r. celem usunięcia znacznego ubytku przedniej ściany tchawicy, wywołanego noszeniem kaniuli przez 5 lat. Stan jego był następujący: bardzo dobrze rozwinięty, o czerstwem wejrzeniu. Okolicę dolnej części krtani i górnej tchawicy zajmuje podłużny ubytek, mający 1 ctm. 7 mm. w wymiarze pionowym, zaś 8 mm. w wymiarze poziomym. Błona śluzowa w zakresie ubytku tchawicy jest blada, prawie biała, zbliżona wejrzeniem do utkania skóry; tylną ścianę ubytku w środku stanowi chrząstka pierścieniowata, sterczącа nieco do światła ubytku, jako biała, pagórkowato — wzniesiona, poprzecznie ułożona listwa. (por. *Fig. I*). Brzegi ubytku przechodzą zupełnie niewidocznie w utkanie skórne szyi. Skóra w otoczeniu przetoki jest w kilku miejscach bliznowato zaciągnięta. Fonacya przy zamkniętym ubytku jest dość głośna i wyraźna, jednak głos ma oddźwięk nieco chrypliwy.

Gdy chory przyzwyczaił się znowu do wprowadzania rozszerzadła, i przekonano się, że zatkanie staranne ubytku przylepcem przez trzy doby dobrze znosi, wykonałem dnia 23 sierpnia 1900 r. plastykę ubytku w sposób następujący:

Po zachloroformowaniu chorego i ułożeniu w pozycyi Rosego, ujął asystent skórę szyi po obu stronach ubytku w dwa możliwie wielkie fałdy, które uniósł do góry, ja

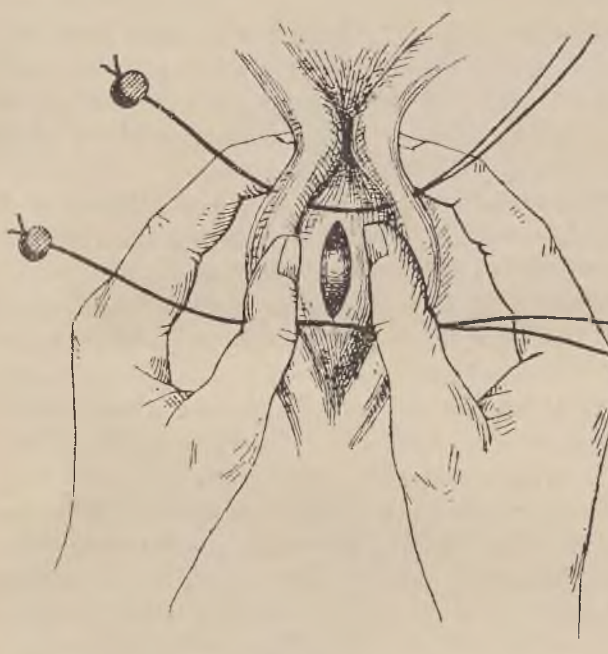


Fig. II.

zaś przeszyłem oba fałdy na wylot w wysokości górnego i dolnego końca przetoki szwem wałeczkowym z gazy jodoformowej (por. *Fig. II*).

Po związaniu tych szwów oba fałdy przystawały do siebie, przepuszczając w środku tylko wąziutką szparę i zamykając prawie zupełnie przetokę (por. *Fig. III*). Teraz wyciąłem zapomocą nożyczek krzywych i szczypczyków haczykowatych z wewnętrznego brzegu obu fałdów możliwie szerokie rąbki powierzchownej warstwy skóry, również na końcu obu fałdów po klinowym rąbku skóry, przez co powstały dwie naprzeciw siebie leżące powierzchnie okrwawione, mające razem wzięte kształt wydłużonej elipsy (por. *Fig. III*). Tak okrwawione szeroko powierzchnie ranne zbliżyłem do siebie, założywszy trzy głębokie szwy węzełkowe z jedwabiu, przechodzące przez całą głębokość rany i dodając szew kuśnierski z cienkiego jedwabiu, wzdłuż całej długości rany.

W ten sposób ubytek przedniej ściany krtani i tchawicy został pokryty skórą sąsiednią szyi, wwiniętą ku wewnątrz, a przednią ścianę krtani i tchawicy w zakresie ubytku tworzyły teraz szeroko do siebie zbliżone powierzchnie ranne dalszej części skóry szyi. Opatrunek z gazy jodoformowej. Przez dwa następne dni chory oddychał swobodnie,

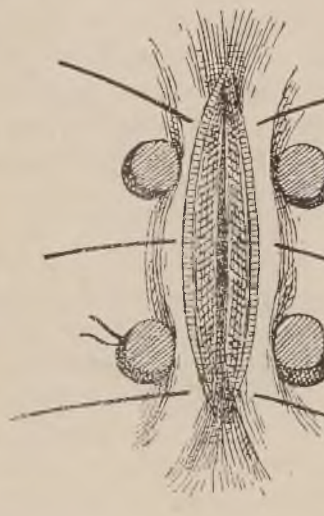


Fig. III.

tylko wykrztuszał wiele śluzu. Szew materacowy usunięto drugiego dnia po operacyi, gazę jodoformową zastąpiono sublimatową z powodu wyprysku. Resztę szwów usunięto 30 sierpnia. W miejscu założenia dwu szwów głębokich powstały dwie małe przetoki, łączące się ze światłem tchawicy, które po dwurazowem przepaleniu kamieniem piekielnym zabliźniły się trwale. Chory jest obecnie zupełnie zdrów, blizna na szyi jest prawie niewidoczna, a fonacya prawie zupełnie prawidłowa. Z powyższego okazuje się, że sposobem przezemnie użytym, bardzo prostym, daje się w pewnych przypadkach osiągnąć tosamo, co dotychczas osiągano zapomocą plastyki płatami podwójnymi, nakrywającymi się. Myślą przewodnią tego sposobu jest zatem zużytkowanie ciągliwości i sprężystości skóry, otaczającej przetokę, a sposób polega na przeciągnięciu jej ku wewnątrz, sfałdowaniu, szerokiem odświeżeniu powierzchownem i zbliżeniu zapomocą głębokich szwów. Odświeżanie głębokie aż do tkanki podskórnej nie byłoby wskazanem, z powodu obawy odmy podskórnej. Wobec szerszych ubytków możnaby ułatwić sobie przybliżenie obu fałdów poprowadzeniem w pewnej odległości od ubytku obustronnie cięć zwalniających.

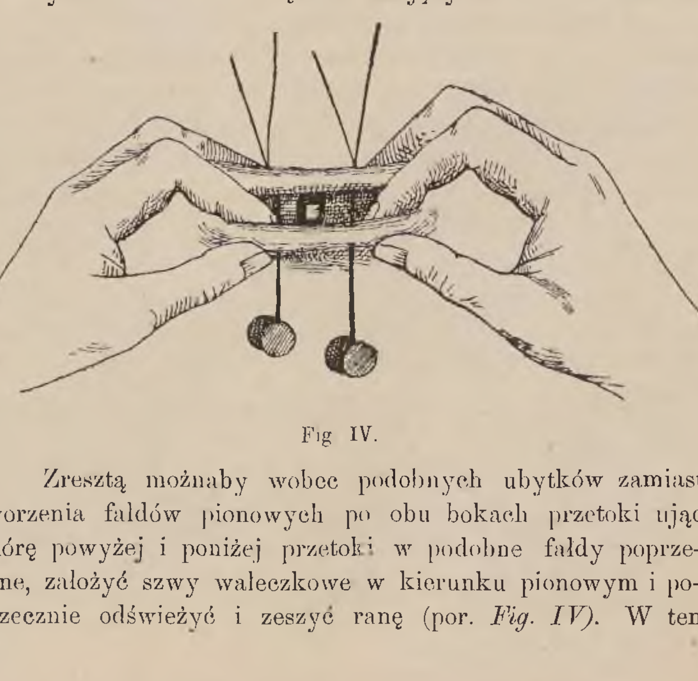


Fig IV.

Zresztą możnaby wobec podobnych ubytków zamiast tworzenia fałdów pionowych po obu bokach przetoki ująć skórę powyżej i poniżej przetoki w podobne fałdy poprzeczne, założyć szwy wałeczkowe w kierunku pionowym i poprzecznie odświeżyć i zeszyć ranę (por. *Fig. IV*). W ten

sposób uzyskałoby się poprzeczną, bardzo mało widoczną bliznę, gubiącą się w fałdach szyi, podobnie jak przy podwiązaniu tętnic tarczykowych przy wólu sposobem Rydygiera, lub wyłuszczeniu wolu sposobem Kochera.

Wobec bardzo znacznych ubytków w przypadkach, w których brakuje znaczniejsza część przedniej ściany tchawicy, sposób ten plastyki prawdopodobnie nie wystarczy; w tych przypadkach bylyby wskazane operacye osteoplastyczne, a mianowicie, albo przeszczepienie płatu skórno okostno kostnego z mostka podług Schimmmelbuscha[12]), albo też podobna plastyka z obojczyka, polecona przez Photiadesa i Lardyego[13]).

W ostatnich czasach poleca F. König[14]) *junior* zamknięcie ubytków mniejszych chrząstki pierścieniowatej zapomocą płatów skórno okostno chrząstnych, wziętych z samej krtani, tj. z chrząstki tarczykowej; Mangoldt[15]) poleca w tym celu wszczepianie oddzielonej chrząstki żebrowej. Zdaje mi się jednak, że oba ostatnie sposoby, jako bardziej powikłane, nie znajdą wiele praktycznego zastósowania.

Wreszcie muszę wspomnieć, że Küster[16]) w przypadku bardzo rozległego ubytku tchawicy odpreparował dolny koniec ubytku ze zrostów i przyszył go do górnego; jednak nie udało mu się w ten sposób osiągnąć zupełnego zamknięcia ubytku.

W przypadkach, w których ubytek zamjuje znaczną część obwodu tchawicy tak, że z niej pozostała tylko tylna ściana, należałoby myśleć o resekcyi tchawicy. Myśl do tej operacyi podał Küster, wspominając o swoich próbach zaszycia podobnego ubytku; operacya ta, o ile mi wiadomo, — nie była dotychczas wykonaną, jednak należałoby przekonać się o jej wykonalności drogą doświadczalną.

II. Z instytutu anatomii patologicznej Prof. Dra Obrzuta we Lwowie.

Kilka słów o anatomii patologicznej wąglika.

Podał

Dr. J. Krzyszkowski

asystent Instytutu.

(Dokończenie).

Drogą zakażenia: koniecznym biegiem rzeczy zastanowić się należy nad nią w naszym przypadku. Tak u zwierząt jak i uczłowieka znamy trzy bramy wtargnięcia zarazka; skóra, narząd oddechowy i przewód pokarmowy; odpowiednio do tego niemieccy autorowie rozróżniają *Impfmilzbrand*, *Inhalationsmilzbrand* i *Intestinalermilzbrand*. Że nie mamy tu do czynienia z pierwszą postacią, charakteryzującą się u człowieka wytworzeniem się t. zw. czarnej krosty, (karbunkułu, *pustula maligna)* łatwo osądzić już z oględzin zewnętrznych zwłok; pozostają więc dwie następne, t. j. postać płucna i postać jelitowa (*mycosis intestinalis*).

We wszystkich rodzajach zakażenia wąglikowego, jako objaw uogólnienia się w końcowym okresie, może przyjść do wybroczyn, nadżerek i owrzodzeń w całym przewodzie pokarmowym. Obecność jednak tak rozległego owrzodzenia w jelicie biodrowem nasuwa w pierwszym rzędzie przypuszczenie, że mamy tu do czynienia z pierwotną postacią jelitową. Jednak już makroskopowo przeciwko temu przemawia brak wybitnego obrzęku zapalnego tego miejsca, brak obrzęku krezki i gruczołów najbliższych i brak odczynu na otrzewnej, a mikroskopowo wytłómaczenie wielkości owrzodzenia mamy w obecności w dnie gruzełków i mas serowatych i ztąd też to atypowe wejrzenie wrzodu. Owrzodzenie to uważam więc za wrzód gruźliczy, zakażony następowo prątkami wąglika, a jaką drogą, czy drogą krwi, czy światła przewodu pokarmowego nastąpiło tu zakażenie, wyjaśnię poniżej.

Dominujące zajęcie gruczołów chłonnych śródpiersia uprawnia do szukania bramy wtargnięcia w najbliższem otoczeniu, a więc w oskrzelach, względnie w samym miąższu płucnym. I rzeczywiście, obrazy mikroskopowe, gdyż na tych tylko możemy się oprzeć, znalezione w naszym przypadku odpowiadają obrazom podanym przez Eppingera, przy tak nazwanej *Hadernkrankheit.* Mamy ostre zapalenie oskrzeli, wywołane obecnością prątków wąglika. Prątki te leżą w świetle oskrzeli i pęcherzyków wśród i po pod nabłonkami, dalej spotykamy je już to w tkance śródmiąższowej pomiędzy pęcherzykami, już to w tkance około oskrzelowej i w opłucnej, *„lymphangio-et lymph-adeno invasio bacillaris pulmonum et pleurae“* z następową *„lymphadenitis bacillaris et pneumania serosa bacillaris“* Eppingera.

Zmiany w żołądku i jelitach uważam za zakażenie, powstałe od strony światła przewodu pokarmowego przez połykanie plwocin, a nie drogą przerzutów naczyniami krwionośnemi; za tem przemawia brak zatorów mykotycznych w naczyniach danych miejsc i umiejscowienie prątków głównie na powierzchni błony śluzowej (żołądek-dwunastnica). Wybroczyna i owrzodzenie w jelicie biodrowem, jako co do czasu dawniejsze, okazują też i zmiany głębsze w ścianie, a prątki jednak i tu leżą poza naczyniami.

Odpowiednio do wyniku badania bakteryologicznego i histologicznego rozpoznanie obecnie brzmieć będzie:

Anthrax ex aspiratione: *Bronchitis acuta, oedema inflammatorium pulmonum, lymphangoitis, mediastino-lymphadenitis haemorrhagica, exudatum pleuriticum serosum, lymphadenitis hemorrhagica glandularum colli, meningitis hemorrhagica convexitatis cerebri. Mycosis intestinalis ex ingestis. Hemorrhagiae cutis et cerebri, tumor lienis acutus, anthraco bacillaemia.*

Miałem więc do czynienia z ogólnem zakażeniem prątkami wąglika drogą narzadu oddechowego, z postacią płucną, czyli z tak zwaną *Hadernkrankheit.*

Hadernkrankheit niemieckich a *Woolsortersdisease* angielskich autorów są jedną i tą samą oddawna znaną sprawą chorobową. Zanim poznano wywołującego ją mikroba, zdawano już sobie dokładnie sprawę z obrazu klinicznego i przebiegu tej choroby, uważano, że powód jej tkwić musi

[12]) Schimmelbusch: Tracheoplastlk. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie, XXII. Congress, 1893.

[13]) Photiades, Lardy: Destruction partielle de la trachée et rétrécissement du calibre trachéal sur toute son étendue: plastique trachéo-laryngée, guerison. Revue méd., de la Suisse romande. Genève 1893, Nr. 1.

[14]) Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. XXVI. Kongress, 1897.

[15]) F. v. Mangoldt (Dresden). Ueber die Einpflanzung von Rippen-Knorpel in den Kehlkopf zur Heilung schwerer Narbenstenosen und Defekte. Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. XYVIII. Kongress, 1899.

[16]) Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie XXII. Kongress, 1893.

w zawodzie osobników, względnie w pewnych gatunkach „szkodliwych“ szmat i wełny, zawierających w sobie rodzaj „jadu“, *Blutgift*. Za ten szkodliwy materyał zdawna uważano skrwawioną wełnę amerykańską i wełniane szmaty, (onuczki *Schuhfetzen*), pochodzące z Węgier. W tym też to czasie powstały nazwy: *Hadernkrankheit* i *Woolsortersdiseas*, któremi ściśle określano tylko ten rodzaj zawodowego zakażenia. Zakażenie to jest ściśle związane z pracą zawodową. Podpadają mu głównie robotnice, zajęte czyszczeniem i sortowaniem szmat i robotnicy, zajęci czyszczeniem i sortowaniem wełny owczej. W moim przypadku zakażenie związane było także z pracą zawodową, z czyszczeniem i sortowaniem włósia końskiego. To źródło zakażenia jest też dobrze znane i opisywane, a Gruberowi udało się nawet z podejrzanego włosia wyhodować czyste kolonie wąglika. Badaniem przypadków *Hadernkrankheit*, pojawiających się od czasu do czasu epidemicznie w styryjskich zakładach przemysłowych, zajmowali się Kundrat i Krannhals, a do ostatecznego wyświetlenia sprawy, przyczynili się Paltauf, a głównie Eppinger. Ten ostatni zebrał liczby statystyczne ze wszystkich przypadków styryjskich, a zbadał dokładnie bakteryologicznie i histologicznie dziesięć przypadków własnych. We wszystkich otrzymał obrazy i wyniki zgodne: ze zmienionych chorobowo narządów, z wypocin, z płynu mózgowo-rdzeniowego, śledziony i z krwi wszystkich przypadków wyhodował prątki wąglika; wykazał, że one były powodem patologicznych zmian w narządach, a że tak zwana *Hadernkrankheit* jest ogólnem zakażeniem, wywołanem prątkami wąglika, drogą narządu oddechowego z dominującem zajęciem płuc, opłucnych, (gromadzenie się wypociny) i gruczołów okołooskrzelowych.

A więc *Hadernkrankheit* jest postacią płucną zakażenia wąglikowego.

Zakażenie to jest rzadko prostem, niemięszanem; tak jak w postaci skórnej (karbunkuł), tak i w postaci płucnej często spotykano dodatkowo łańcuszkowce, gronkowce, pneumokoki, *proteus* i prątka okrężnicowego. Mój przypadek przedstawia, jak zatem świadczą hodowle, ze śledziony i preparaty ze krwi, ładny typ czystego zakażenia wąglikowego, ogólnej *antraco-baccillaemii*. Makroskopowo zaś odróżnia się wybroczyną śródoponową i dominującem zajęciem gruczołów chłonnych śródpiersia. Kundrat raz stwierdził wybroczynę śródoponową; w przypadkach Eppingera, opony były tylko miernie przekrwione, a nigdzie nie spotkałem opisanego tak znacznego powiększenia gruczołów chłonnych śródpiersia.

To, że zawsze spotykamy znaczne powiększenie gruczołów chłonnych, że w naczyniach krwionośnych jest prątków wąglika zawsze mniej niż w chłonnych, że w przypadku Hitziga nie wyhodowano z krwi prątków, a natomiast znajdowały się one bardzo obficie w płynie mózgowo-rdzeniowym; to wszystko zdaniem Lubarscha świadczy za tem, że uogólnianie się prątków wąglika w ustroju odbywa się głównie drogą narządu chłonnego. Przedostanie się prątków do ogólnego krążenia może wobec tego nastąpić przez przewód piersiowy, lub też wprost, jak to na preparatach histologicznych wykazał Eppinger, przez wniknięcie do światła żył przez ścianę naczynia.

Obecność źle barwiących się i zwyrodniałych prątków wąglika w dawniejszych ogniskach (w moim przypadku w gruczołach śródpiersia), zdaniem Eppingera i Lubarscha poniekąd tłómaczyć może przypadki wyleczenia. Eppinger oblicza odsetek śmiertelności przypadków austryackich *Hadernkrankheit* na 87% (na 77 zasłabnięć 68 śmierci); angielscy autorowie podają 50%—60% śmiertelności.

Przy każdem zakażeniu wąglikiem, z wyjątkiem *mycosis intestinalis*, dopóki prątki wąglika nie wniknęły do ogólnego krążenia, dopóty są jeszcze widoki wyleczenia. Stwierdzenie prątków wąglika we krwi jest zawsze objawem zapowiadającym zbliżające się (2—3 godzin) zejście śmiertelne.

* * *

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Havelock Ellis: **Geschlechtstrieb und Schamgefühl.** Autoris. Uebers. von J. E. Kötscher. Zweite unver. Auflage, Würzburg. A. Stuber's Verlag (C. Kabitzsch) 1901, 8⁰. str. 364 i XIV, oraz XIII tablic.

Dr. H. Ellis, znany angielski badacz zjawiska popędu płciowego i autor licznych uczonych prac, dotyczących spraw płciowych (że wymienię jego prace „Mann und Weib“, oraz „Die konträre Geschlechtsempfindung“), podaje w dziełku, wydanem pod wyżej wymienionym nagłówkiem, właściwie trzy prace, stanowiące, jego zdaniem, konieczne prolegomena, niezbędne dla zbadania psychologii popędu płciowego.

Ponieważ streszczenie tych trzech prac, pomieszczonych w jednym tomie, a opartych na nader rozległym materyale faktów, mogłoby tylko samemu dziełku przynieść uszczerbek, o ileby czytelnik chciał na przeczytaniu takiego streszczenia poprzestać, przeto uważam za właściwe zaznaczyć tylko ogólnikowo treść tej publikacyi i zwrócić uwagę na jej doniosłość. W pracy pierwszej „O rozwoju uczucia wstydliwości“, stanowiącej niejako pierwszy rozdział całej publikacyi, podaje autor określenie uczucia wstydliwości, poczem rozbierając je wykazuje, że ono opiera się na bojaźni, że posiada podkład płciowy, który opiera się o płciową peryodyczność, że czynnikiem jego jest skłonność do uczucia obrzydzenia. Analizując to uczucie, omawia jego stosunek do zalotności, do ozdabiania się i ubierania, przyczem wykazuje, że przez ubranie ono się potęguje. Postęp cywilizacyi rozpowszechnia uczucie wstydliwości, jednak go nie nasila. W następnej pracy „Zjawisko peryodyczności płciowej“ dowodzi E., że czynności płciowe, tak u człowieka, jak i w świecie zwierzęcym, oraz roślinnym, są okresowe, zależne od wpływów słońca i księżyca. Omawia tu bliżej zjawisko miesiączkowania, stosunek jego do owulacyi, oraz do okresu pory godowej u zwierząt, przyczem dowodzi, że tak przed, jak w czasie po miesiączce zachodzi u kobiet stale podniecenie płciowe, które tylko w czasie szczytu miesiączki, w drodze psychicznej, z powodu uczucia wstydliwości i z obawy, aby u mężczyzny nie obudzić w tym czasie wstrętu, jest utrzymane na wodzy. W dalszym ciągu spotykamy uwagi, tyczące się sprawy peryodyczności pojawów życia płciowego u mężczyzn, np. nocnych zmazań, uwagi tyczące się sprawy wzmagania się popędu płciowego na wiosnę i w jesieni, wahań liczb porodów, zastąpień, zgwałceń, obłąkania i samobójstw wedle pór roku itd., poczem zastanawia się E. nad przyczynami tych peryodycznych zjawisk. Trzecia praca „Autoerotyzm, — studyum o mimowolnych przejawach popędu płciowego“ obejmuje określenie pojęcia autoerotyzmu, przez który E. rozumie zjawisko samoistnego płciowego pobudzenia ze strony drugiej osoby pośrednio lub bezpośrednio, bez jakiejkolwiek podniety, nadto przytacza poszczególne dowody istnienia u człowieka i zwierząt autoerotyzmu, jakoto samogwałt *delectatio morosa*, marzenia na jawie, zmazy nocne, pobudzenia płciowe wśród snu itd. Praca ta obejmuje nadto rozdział o histeryi i jej stosunku do płciowych podnieceń, oraz rozdział wyłącznie poświęcony sprawie samogwałtu. W dodatku, stanowiącym zakończenie dzieła („appendices“)

omówione są „wpływ miesiączki na stanowisko kobiety“, „okresowość płciowa u mężczyzn“ (przez F. H. Perry-Coste) i „autoerotyczny czynnik w religii“.

Całość dziełka napisana jest z wielką powagą i w sposób, który bez znużenia dozwala lekarzowi zagłębić się w sprawy najpotężniejszego z popędów, popędu płciowego, którego bliższem, a tak w nauce lekarskiej ważnem zbadaniem zajęto się niemal dopiero na schyłku przeszłego wieku (Hegar, Moll itd.). Z tego też względu prace, poświęcone badaniu popędu płciowego, należy przyjmować z wielkiem uznaniem, zwłaszcza, że zrozumienie koniecznej potrzeby tych badań nie jest jeszcze ogólne, a każdy autor podobnych prac spotyka się, choćby one wyłącznie dla zawodowców były pisane, ze słowem potępienia, lub conajmniej, z uśmiechem lekceważenia i obojętności. Strona zewnętrzna dziełka zasługuje na uznanie. *Wachholz.*

IV. Wyciągi.

H. Jaeger. **O amebach w czerwonce nagminnej.** (*Berliner klin. Wochenschr.* 1901 Nr. 36). Podczas epidemii czerwonki w Królewcu badał autor wypróżnienia stolcowe cierpiących na tę chorobę, w kierunku obecności w kale ameb. Badania te w 30 przypadkach wykazały w stolcach obecność ameb, które swemi zasadniczemi cechami całkowicie odpowiadały amebom, stale znajdowanym w stolcach przy czerwonce stref gorących (1, wyłączne pojawianie się i znikanie ameb wraz z czerwonką, 2, ich zdolność pochłaniania krwinek czerwonych, 3, ujemny wynik przy próbach hodowania ameb, wreszcie 4, co najważniejsze, dodatnie wyniki szczepienia kotów). Na podstawie tych badań sądzi autor, iż przyczyną czerwonki podczas epidemi w Królewcu (zeszło- i tego rocznej) były ameby, jeśli nie zupełnie identyczne z amebami czerwonki w Egipcie, to w każdym razie bardzo blizko z niemi spowinowacone. Opierając się na wyniku tych badań, oraz na danych z piśmiennictwa, przedewszystkiem zaś na pracach Janowskiego, Hlawy, Quinckego i Roosa, sądzi autor, iż w południowej, wschodniej i północnej Europie czerwonka szerzy się nagminnie już to na tle swoistego zakażenia amebami, już też bez ameb. Prątków, które wykazał Kruse przy badaniach nagminnej czerwonki w prowincyach nadreńskich, a które następnie znajdowali i inni autorowie, Jaeger nie znalazł w żadnym przypadku tegorocznej epidemii, ani też w 3 badanych przypadkach epidemii zeszłorocznej. *Gliński.*

Dr. Polak. **Wyjaławianie ostrych narzędzi chirurgicznych zapomocą wyskoku mydlanego.** (*Deutsche mediz. Wochenschrift* Nr. 36, 1901). Mikulicz i Hanel wprowadzili pierwsi w roku 1899 wyskok mydlany do rzędu środków, używanych przy wyjaławianiu skóry. Wkrótce potem powzięto myśl, czyby tego wyskoku nie można użyć do wyjaławiania tych narzędzi chirurgicznych, które przy wygotowaniu łatwo ulegają uszkodzeniu lub stępieniu, n. p. noży, igieł i t. d. Badania w tym kierunku przedsięwziął Dr. Polak w Amsterdamie. Do badań swych używał poniklowanych igieł, podobnych do szydła szewskiego. Igły te zanurzał w ropie, branej z ostrych ropni, a zawierającej łańcuszkowce i gronkowce, a głównie złotego gronkowca ropotwórczego. Jeśli gronkowca tego nie było w ropie, dodawał do niej kolonie jego, brane ze świeżych hodowli. Po obsuszeniu igieł, zanurzonych poprzednio w ropie, wkładał je do naczyniek, zawierających rozczyny przetworów przeciwgnilnych, jakoto: wyskok 50% i 100%, sublimat 1: 1000 i 1: 5000, wyskok mydlany, karbol 2 i 5%, formalinę 1: 500 i 1: 1000. Po 25-ciu minutach wyjmował igły i po popłókaniu w wodzie wyjałowionej, wkładał je do pożywek agarowych i przekonał się, że były zupełnie wyjałowione, z wyjątkiem szydeł, włożonych do rozczynów formaliny, która w rozcieńczeniu 1: 500 i 1: 1000 okazała się za słabą, by zniszczyć gronkowce. Doświadczenia te wykazały, że wyskok mydlany zabija podobnie bakterye ropne po 25-ciu minutach, jak karbol 5%, sublimat 1: 5000. Autor próbował dalej, czy i zarodniki wąglika dadzą się zniszczyć zapomocą wyskoku mydlanego, jednak środek ten okazał się za słabym tak, że nawet po trzech dniach działania wyskoku mydlanego na zarodniki wąglika okazywały one siłę żywotną. Następnie starał się autor oznaczyć dokładnie, po jakim czasie wyskok mydlany zabija gronkowce, i w tym celu zanurzał igły, zbrukane ropą, do tego wyskoku na przeciąg 1—2—5—15 i 20 minut. Okazało się, że już po 15 minutach igły były wyjałowione. Działalność przeciwgnilna wyskoku mydlanego polega zdaje się na działaniu samego wyskoku, który w rozczynach 50—60% wyjaławia energiczniej, niż 90%, a nawet absolutny. Dalej przekonał się autor, że jeśli do działania chemicznego wyskoku mydlanego dołączy się mechaniczne, t. j. wycieranie narzędzi zapomocą gazy, zanurzonej w wyskoku mydlanym, to już po 30-tu sekundach narzędzia te są prawie wyjałowione. W końcu przeprowadzał autor doświadczenia nad skutecznością wygotowywania narzędzi we wrzącej wodzie z dodatkiem 20% rozczynu sody i badania jego potwierdziły dość dawno już znany pewnik, że wygotowywanie zabija po pięciu minutach wszystkie bakterye, a nawet zarodniki wąglika.

Na podstawie tych doświadczeń poleca Polak wyskok mydlany jako przetwór, niszczący bakterye ropne po 15-tu minutach, w tych przypadkach, w których chcemy uniknąć psucia się i stępienia narzędzi przez gotowanie, dalej gdzie operujący nie ma czasu na wygotowywanie, lub niema przyrządu wyjaławiającego. Przytem poleca on następujący sposób postępowania: na 15 minut przed operacyą kładzie się narzędzia do wyskoku mydlanego, następnie wyciera się je kawałkiem gazy wyjałowionej, a resztki mydła usuwa się 50% wyskokiem, lub wyjałowionym 3% rozczynem kwasu borowego. Postępowanie takie przydać się może również przy nagłych operacyach położniczych, zwłaszcza przy zakładaniu kleszczy. *Dr. Laberschek.*

Aronheim. **Niedrożność jelit i atropina.** (*Münch. med. Wochs.* Nr. 33, 1901). A. przytacza przypadek niedrożności jelit wskutek nadmiernego nagromadzenia się kału. Niedrożność trwała trzy dni. Czwartego dnia zastrzyknięto 0,003 atropiny. W parę godzin wystąpiły obfite wypróżnienia i chory wyzdrowiał. *Dr. Teofil Zalewski.*

Schlatter. **Dwa przypadki zranienia nożem przepony, wyleczone przez zeszycie.** (*Münchener med. Wochensch.* Nr. 34, 1901). Przed sześciu laty ogłosił S. przypadek, gdzie przez ranę w klatce piersiowej wypadła sieć. S. sieć odprowadził, a otwór w przeponie, po rozszerzeniu rany w klatce piersiowej, zaszył. Lacher zebrał do roku 1880 36 przypadków ran kłótych, a Schmidt do roku 1898 dalszych 53. Autor opisuje nowe dwa przypadki zranienia przepony. Najwięcej przypadków ran kłótych przepony opisują autorowie włoscy, co się tem tłómaczy, że włosi chętnie używają w bójce noża; i podane przez S. dwa przypadki ran kłótych przepony pochodzą z rąk włochów. W obydwóch przypadkach pchnięcie nożem nastąpiło w bok prawy; w jednym przypadku była zraniona klatka piersiowa między 9 a 10 żebrem, w drugim między 7 a 8; w pierwszym przypadku przecięte było prócz tego 9-te żebro. Ponieważ autor mógł przekonać się palcem, że przepona jest zraniona, rozszerzył ranę w klatce piersiowej przez wycięcie w pierwszym przypadku kawałka 9-tego, a w drugim 7-ego żebra. W przypadku pierwszym rana drążyła do jamy brzusznej, gdzie był skaleczony dość głęboko brzeg wątroby i prawa nerka. Wątroba krwawiła dość silnie. Założono miąższowe szwy na wątrobę i nerkę; ranę w przeponie i ranę w klatce piersiowej zeszyto zupełnie. W drugim przypadku rana przez przeponę do jamy brzusznej nie drążyła, lecz ograniczała się do warstwy mięśniowej. Ranę w przeponie zeszyto, a ranę w klatce piersiowej zmniejszono kilkoma szwami i włożono dren. Po miesiącu chorzy opuścili klinikę zupełnie zdrowi. Początkowo, wskutek ściągnięcia się płuca, wypuk po stronie prawej od dołu był przytłumiony; przytłumienie to znikło w miarę rozszerzenia się płuca. Rany kłóte przepony trzeba koniecznie szyć, gdyż przypadki nieoperowane dają bardzo złe wyniki. Frey oblicza odsetek śmiertelności przypadków nieoperowanych na 87,8%, najczęściej wskutek uwięźnięcia wypadniętych przez ranę w przeponie trzew brzusznych. Ze statystyki Schmidta wypada, że z operowanych przypadków umiera tylko 12%. Co do rozpoznania, to w tych przypadkach, gdzie przez ranę zewnętrzną wypadły trzewa brzuszne, lub gdzie możemy palcem wybadać, jest ono łatwe, w innych przypadkach może być trudne. Dla zrobienia sobie dostępu do rany w przeponie radzą Postempski i Rydygier utworzenie płatu z całej grubości ściany klatki piersiowej. Autorowi udało się dojść do rany w obydwóch przypadkach przez wycięcie kawałka żebra, a w pierwszym, przez siebie ogłoszonym przypadku nawet tylko przez proste rozszerzenie rany zewnętrznej. *Dr. Teofil Zalewski.*

Avellis. **Krwawienie z tchawicy.** (*Münchener mediz. Wochs.* Nr. 34, 1901). A. opisuje przypadek, w którym długi czas nie można było wykryć przyczyny krwioplucia. Badanie płuc wykazało stosunki zupełnie prawidłowe, a także i chory nie skarżył się na żadne dolegliwości ze strony płuc. Chory zresztą czuł się zupełnie zdrowym. Tylko ze strony przewodu pokarmowego miał dolegliwości, gdyż cierpiał od dłuższego już czasu na zaparcie stolca. Kilkakrotne badanie i dłuższe spostrzeganie wykazały dopiero, że przyczyną krwioplucia jest rozszerzenie żył w górnym odcinku tchawicy na jej przedniej ścianie. Autor przypalił miejsce krwawiące kwasem chromowym. Krwawienie początkowo ustało, lecz później

znów się pojawiło. Rozszerzenie żył objaśnia sobie A. zastojem w nich, wskutek podwyższenia ciśnienia przy każdorazowym stolcu. Autor sądzi, że na sprawę tę dotąd mało zwracano uwagi, a w wielu podręcznikach nie znalazła ona zupełnie uwzględnienia; dwie większe rozprawy znalazł autor w piśmiennictwie włoskiem.

Dr. Teofil Zalewski.

Dr. Alexander (Wiedeń). **O operacyjnem otwarciu wyrostka sutkowego w znieczuleniu miejscowem Schleicha.** (*Wiener klinische Wochenschrift* Nr. 33, 1901). Autor podaje 11 przypadków, w których wykonał wydłutowanie wyrostka sutkowego w znieczuleniu miejscowem; używał on w tym celu silniejszego rozczynu Schleicha (Nr. 1), który wstrzykiwał w skórę wzdłuż linii za małżowiną, na której zamierzał wykonać pierwsze cięcie. Po przecięciu skóry wstrzykiwał warstwowo rozczyn znieczulający do głębszych pokładów części miękich i przecinał dalej. Po oddłutowaniu powierzchownej warstwy kości wstrzykiwał jeszcze głębiej, by znieczulić istniejącą ziarninę, okostną od środka (*endost*) i względnie istotę gąbczastą kości (*diploë*). Chorzy odczuwają dłutowanie kości, jako nieprzyjemne wrażenie dotykowe. By złagodzić niemiłe uczucie, wywołane uderzeniem młotka, owija go Alexander gazą. Ważną jest rzeczą, żeby chory podczas zabiegu zachował jedno i tosamo ułożenie (na wznak, z kończynami ściągniętemi pod pośladki i żeby inna osoba odwróciła jego uwagę, np. rozmową. Najważniejszem i najtrudniejszem do wykonania jest znieczulenie przyczepu mięśnia mostko-obojczyko-sutkowego, tylnej ściany błoniastej przewodu usznego zewnętrznego i jamy bębenkowej. Operacya trwa $^{3}/_{4}$—1 godziny. Zużywa się 35—70 ctm.^{3} rozczynu Schleicha. Wszyscy chorzy zabieg ten dobrze znoszą. Ujemnych następstw nie było żadnych. Przebieg pooperacyjny zawsze był dobry.

(Sprawozdawca, który sam był obecny i asystował autorowi w dwóch z tych przypadków, może z osobistego przekonania się potwierdzić wyższość tej metody, która ma bezwątpienia przed sobą dobrą przyszłość, zasługuje na szersze zastosowanie i wypróbowanie).

Spira.

Kukula. **Badania nad samozatruciem przy niedrożności przewodu pokarmowego.** (*Archiv f. klin. Chir.* T. 63, Z. 4, 1901). Dwa szeregi objawów spostrzegamy przy zamknięciach przewodu pokarmowego wszelkiego rodzaju. Pierwsze z nich: brak stolca i wiatrów, wzdęcie brzucha, ból i wymioty tłómaczyć można wprost przeszkodą mechaniczną w krążeniu treści jelitowej; natomiast drugi szereg objawów: bladość twarzy, wpadanie oczu, obfite zimne poty, niedające się niczem usunąć pragnienie, osłabienie, zapad, gorączka lub obniżenie ciepłoty poniżej stanu prawidłowego, przyspieszenie tętna w połączeniu z osłabieniem czynności serca, rzadko spostrzegane kurcze pojedynczych kończyn lub całego ciała, białko- lub cukromocz, — dotąd nie znalazły pewnego wytłómaczenia. Jak we wszystkich przypadkach niejasnych, do niedawna uciekano się do szukania przyczyny tych przypadłości w odruchowem zadrażnieniu ośrodkowego układu nerwowego drogą zwojów krezkowych, nerwu przeponowego i błędnego. W ostatnich czasach zaczyna przeważać przypuszczenie, że powodem tych ustrojowych zmian ogólnych w niedrożności jelit jest zatrucie wytworami nieprawidłowego kiśnienia treści pokarmowej. Wytwory te dzielić należy na dwie klasy: 1) powstałe przez kiśnienie ciał skrobiowatych, i 2) powstałe przez rozkładanie się ciał azotowych. Każdą z tych gromad znowu należy podzielić na ciała takie, które powstają w jelitach przy trawieniu prawidłowem i takie, które powstają tylko w stanach patologicznych, połączonych z utrudnieniem krążenia treści jelitowej. Dotychczasowe badania nie wykazały, aby wytwory, powstające przy prawidłowem trawieniu, jak kwasy tłuszczowe, bezwodnik węglowy, ciała wonne (fenol, indol, skatol, pirokatechina, resorcyna, hidrochinon) były jedyną przyczyną objawów zatrucia. Najcięższe przypadłości wywoływało przy doświadczeniach podawanie amoniaku, a w jeszcze wyższym stopniu siarkowodoru. Daleko większe znaczenie należy przypisać odkrytym głównie przez Briegera toksalbuminom i ptomainom, które działaniem swojem bardzo przypominają alkaloidy. Skład chemiczny tych połączeń jest dotąd prawie zupełnie nieznany; posiadamy na razie tylko nazwy: kadaweryna, putrescyna, cholina, neuryna. W każdym razie wszystkie te ciała należą do grupy dyaminów (mają bowiem, o ile dotąd wiadomo, dwa atomy grupy aminu NH_2).

Dla bliższego zbadania tej sprawy wykonał autor trzy szeregi doświadczeń:

I. Treść jelita uwięzłego w przepuklinie, czy zamkniętego w jakikolwiek inny sposób (u ludzi lub u zwierząt) przesączał przez sączek Chamberlandowski z niepolewanej glinki, a następnie wstrzykiwał ją czystą lub rozcieńczoną do tętnic, żył, otrzewnej, pod skórę lub do jelit, które czasem podwiązywał. Przed użyciem zawsze badał zapomocą szczepienia, czy materyał do zastrzykiwań jest wolnym od bakteryj. Na 39 doświadczeń w ten sposób wykonanych, 38 razy wynik był prawie zupełnie ujemny. W jednym tylko przypadku suka, ważąca 4100 grm., której autor wstrzyknął po poprzedniem podwiązaniu jelita czczego 15 grm. treści spętlonego od trzech dni jelita poprzecznego ponad miejscem podwiązania, padła po 40-tu godzinach, a wymioty u niej wystąpiły już na drugi dzień po wykonaniu zabiegu. Sekcya wykazała tylko mocno rozdęte pętle jelita ponad miejscem podwiązania i nastrzykanie tętnicze jelit. Przypadek ten niczego nie dowodzi, gdyż pies ten mógł równie dobrze zginąć wskutek sztucznie wytworzonej niedrożności, jak i z powodu zatrucia. Drugi przypadek śmierci, który się wydarzył w tej seryi doświadczeń, jest o tyle ciekawy, że jest jedyny, w którym z krwsercowej wyhodowano *bacterium coli commune*. Przypadek ten doi tyczy królika ważącego 400 grm., któremu autor wstrzyknął 5 ctm. treści z jelita operowanego wskutek przewlekłej niedrożności, spowodowanej rakiem jelita esowatego. Zwierzę padło po 12 godzinach^{3}

II. W drugiej seryi doświadczeń autor sztucznie wywoływał u zwierząt zamknięcie przewodu pokarmowego. Samo podwiązywanie jelita drenem nie dawało wyników dodatnich, gdyż dren, po obumarciu podwiązanego miejsca, dostawał się do światła jelita i odchodził z kałem, a zwierzęta nie ginęły. Sztuczne wytworzenie przepukliny w linii środkowej ciała przez wyciągnięcie pętli jelita i szczelne zeszycie mięśni również nie doprowadziło do celu, gdyż w jednym przypadku powstała przetoka kałowa, w drugim pętla cofnęła się do jamy brzusznej. Skręcenie jelita grubego o 360° nie udało się, a sekcya wykonana po kilku miesiącach wykazała we wszystkich trzech w ten sposób traktowanych przypadkach, że odkręcenie nastąpiło wskutek wyrwania się założonych szwów. Odpreparowanie odbytnicy i zaszycie jej również nie dało wyniku dodatniego, gdyż słup kałowy przerwał szwy i przywrócił drożność. Dopiero ułożenie jelita w podłużne fałdy, zeszycie ich i podwójne podwiązanie w ten sposób pofałdowanego jelita, udało się 7 razy na 12 doświadczeń. We wszystkich 7-miu przypadkach sekcya przedstawiała typowy obraz ostrej niedrożności: jelito położone ponad miejscem zamkniętem było bardzo mocno rozszerzone, rozszerzenie to stopniowo zmniejszało się w miarę zbliżania się do żołądka, — wreszcie stwierdzono słabe nastrzykanie otrzewnej, obrzęk płuc. Ze krwi nie udało się wyhodować żadnych bakteryj. Obraz ten nie tłómaczy wcale szybkiego zejścia śmiertelnego, zupełnie tak, jak u ludzi. Treść jelit z tych 7-miu przypadków poddawano rozmaitym procedurom (wyjałowienie, przekraplanie, mięszanie z kwasem winowym, z wyskokiem, odparowywanie do suchości), a następnie wstrzykiwano psom, a głównie kotom. Dla porównania wstrzykiwał autor psom i kotom wyciągi wyskokowe z treści przewodu pokarmowego psów, które przed zabiciem karmił przez dwa dni mięsem i mlekiem, ale nie zamykał u nich przewodu pokarmowego. Wynik badań był następujący: przy sztucznie wytworzonej niedrożności przewodu pokarmowego powstają w treści jego istoty trujące, które przechodzą do wyciągu wyskokowego. W pozostałości na sączku jest jeszcze zawarta mała ilość tych substancyj trujących. Odparowany wyciąg wyskokowy, wstrzyknięty zwierzętom, wywołuje podobne objawy do tych, jakie spostrzegamy u człowieka przy niedrożności przewodu pokarmowego, tj. nudności, wymioty, zapad, poty i ślinienie, zaburzenia oddechowe (przyspieszenie), w niektórych przypadkach drgawki. Wstrzykiwanie wyciągów do jamy otrzewnowej działa o wiele silniej, niż podskórnie. Trucizny te zawarte są także w prawidłowej treści jelitowej, i to tak w jelicie cienkiem, jak i grubem, ale w znacznie mniejszej ilości. W zamkniętym przewodzie pokarmowym powstaje z jednej strony większa ilość tych samych trucizn, z drugiej strony wytwarzają się przez wzmożone gnicie białka dalsze trucizny, jak pentametyldyamina. Prócz tych ciał rozpuszczalnych w wodzie i wyskoku powstają i gromadzą się w jelicie przy niedrożności gazy trujące w wysokim stopniu i to głównie siarkowodór i merkaptan metylowy, którym należy według wszelkiego prawdopodobieństwa przypisać bardzo ważną rolę przy zatruciu ustroju.

III. W trzeciej seryi autor używał do doświadczeń wyłącznie treści z niedrożnych jelit ludzkich. Mimo filtrowania treści przez sączek glinowy prawie wszystkie zwierzęta okazywały zaburzenia podobne, jak w seryi II., i dlatego autor doszedł do przekonania, że brak wyników u zwierząt próbnych w seryi I. doświadczeń był spowodowany z jednej strony zbytniem rozcieńczeniem materyału przed sączeniem, zaś z drugiej strony zbyt krótkiem spostrzeganiem zwierząt. Badanie własności trujących gazów dało wynik nieco odmienny, niż inne dotychczasowe badania, mianowicie autor twierdzi, że siarkowodór nie jest tak trującym, jak to powszechnie twierdzą. Ptomainów nie udało się autorowi z jego materyału wyosobnić. W każdym razie wynik pracy był o tyle dodatni, że wszystkie doświadczenia wykazały stałe powtarzanie się tych samych objawów z ma-

lemi tylko zmianami, tj. biegunki z silnem parciem aż do wypadania odbytnicy, ruchy przeciwrobaczkowe, które powodowały najpierw wymioty treści pokarmowej, a następnie wymioty kałowe, ślinotok, poty na łapach, przygnębienie, zapad, a czasem drgawki kończyn. Jeżeli się zważy, że znaczną część tych objawów spostrzegamy u ludzi z niedrożnością jelit, a w doświadczeniach na zwierzętach tej niedrożności nie sprowadzano, lecz tylko wstrzykiwano im treść jelit zamkniętych, to dochodzi do przekonania, że powyższe objawy nie są odruchowymi. lecz pochodzą z zatrucia. Doświadczenia nadto wykazały, że prawidłowa treść jelit zawiera również te same istoty trujące, które jednak nie są szkodliwemi dlatego, 1) że ich jest mało, 2) że im prawidłowy nabłonek stawia opór w dostawaniu się do ogólnego krążenia, wreszcie 3) dlatego, że szybko zostają wydalane. *Dr. Weinsberg.*

Bilfinger. **Przyczynek do poparcia twierdzenia o powstawaniu przepuklin urazowych.** (*Arch. f. klin. Chir.* T. 64, Z. 1. 1901). Autor w swej pracy zajmuje się sprawą powstawania przepuklin urazowych, które nabrały znaczenia od czasu zorganizowania ubezpieczeń od wypadków. Podaje on kilka przypadków takich przepuklin z dawniejszego piśmiennictwa i dwa własne, które sam operował. We wszystkich tych przypadkach chorzy byli przedtem zupełnie zdrowi, a dopiero po urazie, wymierzonym w powłoki brzuszne, nagle uczuli ból i spostrzegli wypuklenie w tem miejscu, które się podczas kaszlu zwiększało. Przepukliny te powstawały wzdłuż linii białej, lub na miejscach nieco od niej oddalonych; z tych przypadków wyciąga autor wniosek, że: 1) przepukliny urazowe zdarzają się, chociaż są bardzo rzadkie i rozpoznać je można tylko wtedy, jeżeli chory zaraz po urazie się zgłosi; 2) że przepukliny urazowe nie wyróżniają się żadnymi odrębnymi objawami od przepuklin zwykłych: 3) czy przepukliny urazowe mogą powstać w miejscach powstawania zwykłych przepuklin, nie jest jeszcze pewne z powodu braku przypadków; 4) przepukliny urazowe powstają tylko wskutek bezpośredniego urazu i w tem miejscu, na które uraz zadziała. *Dr. J. Sędzielowski.*

V. Zapiski lecznicze i nowe leki.

Prof. Bourget (Lozanna). **W sprawie leczenia zapalenia wyrostka robaczkowego środkami wewnętrznymi.** (*Therapeut. Monatshefte* Nr. 7. 1901). Niżej podane wywody są tylko ogólnym zarysem wykładu, wygłoszonego przez prof. Bourgeta w „Société de therapeutique“ i to tem ciekawsze, że zapatrywania autora, tyczące się leczenia zapalenia wyrostka robaczkowego, stoją po części w jaskrawej sprzeczności z powszechnie dziś przyjętemi zasadami.

Osoby, skłonne do zapal. wyrostka rob., winny przestrzegać dyety mieszanej, jeść mało mięsa, wiele jarzyn, dobrze przegotowane owoce i dużo legumin. Nie potrzebują się obawiać połykania pestek, te bowiem wływają korzystnie na błonę śluzową jelita, ponieważ, — jak Bourget twierdzi, — po rozmiękczeniu wydzielają z siebie śluz, przyczyniający się do gładkości i ślizkości błony śluzowej. Starannie należy zwalczać nadmiar kwasoty żołądkowej zapomocą alkaliów lub mleka, a przewód pokarmowy codziennie wypróżnić. Leczenie ostrego napadu zapal. wyrostka rob. ma polegać na odkażaniu żołądka, jelit cienkich, i wypłókiwaniu kiszki grubej. Skoro tylko napad wystąpi, — obojętnie czy lekki, czy ciężki, — otrzymuje chory dyetę płynną, wodziankę (mączka owsiana), ryż, jaja, a jeśli nie ma łaknienia, lekką herbatkę z domieszką mleka, — nadto codziennie 15—20 grm. olejku rącznikowego, zawierającego 1 grm. salacelotu; jeśli przeważają zaburzenia żołądkowe, stosuje się płókania żołądka 1% rozczynem dwuwęglanu sodowego, wraz z wlewaniami przez odbytnicę. Chorego układa się na prawy bok z głową, ułożoną cokolwiek niżej, aniżeli miednica, i wlewa się 1 litr wody ogrzanej (38°), do której dodaje się 4 grm. ichtyolu, — równocześnie wlewa się z mniejszego przyrządu drobną ilość przedniejszej oliwy. W tej pozycyi zostaje chory, — jeśli zdoła, — 20 do 30 minut, a przez ten czas wykonuje się masowanie jelita zstępującego! Podobne płokanie jelit wykonuje się codziennie rano i wieczorem od 2 do 10 dni, zastępując je później podawaniem lekkich środków przeczyszczających; zamiast olejku rącznikowego można stosować rozczyn według następującej formułki:

Rp. *Natri bicarb. purissimi*
Natri phosphor. exsiccati
Natri sulfurici sicci ana 50,00
Aquae ad 1000,00
M. D. S. 3—4 razy dziennie po 150,00 z tego używać.

W czasie między wlewaniami stosować należy okłady ciepłe z lnianego siemienia na okolicę ślepej kiszki, w przypadkach zaś, w których jest obrzęk silniejszy i twardy, 5—6 pijawek; wlewania usuwają boleść i kolki, poczem także i ciepłota ciała natychmiast opada. *Dr. Henryk Pisek.*

Dr. M. T. Schnirer. **Tiokol, nowy lek przeciwbiegunkowy.** (*Klinisch therap. Wochenschr.* Nr. 32. 1901). Stosowany dotąd w gruźlicy płuc tiokol według Sch. ma być skutecznym lekiem w nieżytach jelit ostrych i podostrych. We wszystkich przypadkach po 1—3 dniowem leczeniu następowało zmniejszenie liczby stolców; ustępowały jednocześnie bóle, towarzyszące stanom podrażnienia jelit, co autor odnosi do działania znajdującego się w przetworze tym gwajakolu, posiadającego własności kojące. Wyższość tiokolu nad przetworami garbnika polega na tem, że podawany nawet kilka dni jeszcze po ustąpieniu biegunki, nie sprawia zaparcia; okoliczność ważna w leczeniu przewlekłych biegunek. Ubocznych objawów, jak nudności, odbijania, wymiotów itd. Sch. nie zauważył. Owszem korzystny wpływ tiokolu na ogólne odżywienie stwierdził Rossbach w doświadczeniach fizyologicznych. Działanie tiokolu zdaje się być nie tyle ściągające, ile odkażające, dzięki zawartości 52% gwajakolu. Dawka dla dorosłych wynosi 0·5 3 razy dziennie w proszku lub gniecionych pastylkach (*Tab. compr. Thiocoli Roche*); dla dzieci 0·25—0·50 w rozczynie: Rp. *Thiocoli 0·50, Aq. dest. 50·00, Syr. cort. aur. 10·00, D. S. Co 2 gdz. łyżeczkę kawową.* *Dr. Flis.*

VI. Zarządzenia sanitarne Tadeusza Czackiego w b. liceum Krzemienieckiem.

Kierując się zasadniczą myślą Komisyi edukacyjnej, by w wychowaniu młodzieży szkolnej uwzględnione były w równej mierze trzy pierwiastki rozwoju: moralny, umysłowy i cielesny, dołożył Czacki wszelkich starań, by młodzież krzemieniecka, obok rozszerzenia wiedzy i uszlachetnienia serca, znalazła możebnie najlepsze warunki rozwoju fizycznego. Już sam wybór Krzemieńca na siedzibę głośnego w dziejach oświaty w Polsce zakładu naukowego uwydatnia przewodnią myśl Czackiego: miasto otaczają wysokie góry, stanowiące część pasma gór miodoborskich, które z nad brzegów Smotrycza biegną w kierunku północnozachodnim aż na Wołyń, przechodzą granicę galicyjską i w okolicy Podhorzec i Oleska łączą się z wzgórzami karpackiemi. Ze skał i ogrodów okalających wytryskają liczne i obfite źródła, które zmierzają do Ikwy, płynącej o pół mili za Krzemieńcem. Miasto ówczesne starannie było utrzymane, ulice porządnie brukowane, rynek miało obszerny, otoczony okazałymi domami. Gimnazyum, późniejsze liceum, mieściło się w murach dawnego klasztoru; był to gmach dwupiątrowy z dwoma wieżami, z których lewa służyła za obserwatoryum astronomiczne i mieściła piękną salę muzyczną na piętrze pierwszem, w prawej zaś była sala malarska i gabinety; za gmachem rozciągał się obszerny ogród botaniczny. Liczne przestronne i wysokie sale mogły pomieścić o wiele liczniejszą jeszcze młodzież, nie licząc izb, zajętych pod gabinety i muzea. Rekreacye odbywała młodzież bądź na obszernych placach i łąkach, bądź też w galeryi gimnazyalnej, zbudowanej z ciosowego kamienia; w tej galeryi młodzież z klas niższych zabawiała się piłką podczas przerw, grając w „ściankę“ i w „kaszę“; w zabawie tej często brał udział Czacki. „Trzeba było widzieć tego męża, powiada kronikarz owych czasów, pełnego nauki, mającego tak poważną i łagodną postać, o rysach szlachetnych, twarzy bladej, nosie orlim i oczach trochę przymrużonych z powodu krótkiego wzroku, gdy otoczony malcami, grał z nimi na galeryi w piłkę, jak dla krótkiego wzroku nie mógł piłki złapać i jak prosił, aby bynajmniej go nie oszczędzano. Każda partya chciała go mieć między sobą, porywano go, chwytano za poły długiego tabaczkowego surduta, całowano po rękach, żeby się do ich partyi przyłączył, aż póki zmęczony nie potrafił się wymknąć pokryjomu.“

Młodzież starsza biegała podczas rekreacyi do celu; były to wyścigi nagradzane; wszelkie inne bieganie „bez emulacyi“ było wykluczone. Dla odmiany znowu „bili się w kije,“ lub też, dzieląc się na dwa obozy, uczyli się nacierać wzajemnie na siebie. Przemiana partyi i ich naczel-

ników odbywała się co miesiąc, a to aby zapobiedz tworzeniu się ducha partyjnego.

Dzień 1 maja odbywano w Krzemieńcu z nieznaną dziś świetnością. W majówce brali udział nie tylko uczniowie, lecz przełożeni, cała ludność miejska i dwory okoliczne. Zbierano się zwykle nad Jkwą, pół mili za miastem, na obszernych błoniach, przytykających do rozległego boru sosnowego. Tu rozstawiano namioty, należące do cukierników, traktyerników, jak nie mniej i do osób prywatnych. „Z uderzeniem dzwonka szkolnego zrana o osmej godzinie całe liceum z prefektem, profesorami i dozorcami ruszało, to powozami, to konno, to pieszo, a o 10-tej rozpoczynały się zabawy od piłki i balona. Kilkaset piłek z krzykami i śmiechami malców zaświstało w powietrzu, a balon poważnie się pomiędzy niemi dźwigał i unosił, jak orzeł między kawkami. Każdy malec koniecznie musiał mieć piłkę, która czy w klasie, czy w kościele, wiecznie mieszkała w jego kieszeni. Młodzi profesorowie i dozorcy brali udział w tych zapasach. Zabawom przypatrywała się liczna a życzliwa publiczność, nagradzając zwycięzców oklaskami, bukietami, cukrami itd.

Oprócz tych zabaw i wycieczek przyczyniały się do rozwoju młodego ustroju zarządzone przez Czackiego lekcye konnej jazdy, pływania i szermierki. W ostatnich czasach istnienia Rzeczypospolitej wkradła się do wychowania młodzieży, zwłaszcza zamożniejszej, pewna zniewieściałość i rozmiłowanie się w życiu miękiem i pieszczotliwem; to skażenie sarmackiej prostoty obyczajów zawdzięczało społeczeństwo polskie cudzoziemskim, zwłaszcza francuskim guwernerom, którzy uważali wszelkie zabawy, zmierzające do ćwiczeń cielesnych, za rozrywkę, godną gawiedzi: przeciw temu prądowi wystąpił energicznie i skutecznie Czacki. Już kilka lat po zaprowadzeniu lekcyj zabaw rycerskich młodzież dosiadywała śmiało rumaków w biegu, na karuzeli zdejmowała dzirytem pierścienie, przeskakiwała gęste baryery w galopie.

Z zabawą i rekreacyą łączył Czacki naukę praktyczną. „Za każdą zmianą rolniczej roboty (mówi) powinna być młodzież prowadzona na pola i łąki, pokaże się jej różnicę jednej uprawy od drugiej, wskaże się przyczyny itd. I nauka ogrodownictwa winna być, wedle Czackiego, udzielana tylko „przez doświadczenie.“ Ci, którzy okażą większe zamiłowanie i staranność, dostaną w nagrodę część ogrodu pod własny zarząd. Zasadą ogólną, którą kierować się każe, „aby zabawa i nagroda zawsze były nie obciążającym ucznia materyałem do nauki.“

Uczono również uczniów pływania pod kierunkiem osobnych nauczycieli, zatwierdzonych przez rząd, w miejscach znakami oddzielonych. Co do nauki tej, to Czacki polecał wielką ostrożność pod względem fizycznym i moralnym, czyniąc dozorców odpowiedzialnymi za możliwe przypadki.

Mieszkania uczniów obchodził sam często i obchodzić je kazał dyrektorowi, prefektowi i nauczycielom; przytem zalecał uważać oprócz na stronę moralną młodzieży, także na to, czy w lecie okna są często otwierane, czy w zimie jest mierne ciepło, czyli niezbyt ciężkie odzienie noszą uczniowie, czy się przyzwyczajają do wszelkich odmian powietrza, czy niema w mieszkaniach ich pierzyn, których używania zakazywać polecał. Do czuwania nad zdrowiem uczącej się młodzieży dopomagali Czackiemu dwaj stali lekarze, których obowiązywała osobna instrukcya, ściśle określająca zadanie lekarza szkolnego. Każdy uczeń, jeśli już w domu zaszczepiony nie był, musiał być zaszczepiony „ocalającą ospą“ w ciągu pierwszych czterech miesięcy po przyjęciu. Do obowiązków lekarza szkolnego należało posiadanie wykazu wszystkich uczniów, z oznaczeniem czasu odbycia szczepienia ospy i okoliczności towarzyszących. W „dzienniku obserwancyów“ zapisywał lekarz ogólne i szczegółowe spostrzeżenia swoje nad stanem zdrowia uczniów. Posiadając z urzędu spis mieszkań uczniów, lekarz szkolny obowiązany był zwiedzać te mieszkania kolejno, o ile można często (a nie mniej jak raz na miesiąc) i tu uważać z całą rozwagą („nie wdając się w jakiekolwiek spory“), czy w stancyach ciepłota jest stosowna, czy jadło zdrowe, czy zachowano należyte ochędóstwo, czy niema w obejściu przypadków chorób zakaźnych. „Po samej postawie ucznia i po innych znakach będzie dochodził (lekarz), czy nie masz jakiej wady, którą młodzian kryje i obyczaje i zdrowie kazi“. Zbadać następnie winien lekarz, czy pościel uczniów jest wszędzie podług przepisu, czy nie są używane pierzyny, czy ubiór uczniów odpowiada porze roku, — a ze swych spostrzeżeń ma zdać sprawę dyrektorowi zakładu. W razie choroby którego z profesorów i ich rodzin, oraz którego z uczniów, lekarz szkolny obowiązany jest odwiedzać chorych w miarę potrzeby i z wizyt swych zdawać sprawę dyrektorowi. Nie będąc zwolennikiem lekarstw zaleca Czacki lekarzowi, ażeby używał ich jak można najmniej. W razie ciężkiej choroby ucznia lekarz ma obowiązek przestrzedz rodziców za pośrednictwem dyrektora i doradzać im wezwanie innych jeszcze lekarzy dla narady. Gdyby lekarz sądził, że uratowanie ucznia z ciężkiej choroby jest niemożliwe, ma po naradzie z dyrektorem ostrzedz ucznia o potrzebie gotowania się na śmierć. W razie śmierci ucznia ciało jego ma być koniecznie „otworzone“ w przytomności osób, które dyrektor oznaczy; lekarz spisze protokół oględzin pośmiertnych i przechowa go w archiwum gimnazyalnem. Uczniom ubogim lekarstwa mają być dostarczane na koszt zakładu. Jeśli uczeń zapadnie na chorobę zakaźną, ma być odosobniony i odbyć chorobę w przybytku, który wskaże dyrektor w porozumieniu z horodniczym (burmistrzem z ramienia rządu). „Gdyby weneryczne były w Krzemieńcu choroby w stopniu znacznym, powinien lekarz za wolą dyrektora dorosłych młodzieńców prowadzić i okazać im, jaki jest skutek złych obyczajów i jak prędka winy jest kara. Będzie pokazywał, jak kilka pokoleń dotyka się tem zasłużonem przez jedną osobę nieszczęściem, wystawiać będzie starał się okropną dolę człowieka, który zbacza z drogi obyczajów“.

Do obowiązków lekarza należało czuwanie nad apteką, ażeby „medykamenta“ zawsze były świeże, by nad taksę nie były sprzedawane, a przez zbieranie „pilniej potrzebnych“ ziół uczynić ich cenę nizką.

Lekarz szkolny obowiązany był zapisywać w odpowiednich tablicach swoje spostrzeżenia nad zdrowotnością miejscową, porównywać corocznie wyniki tych zapisek i zestawiać wnioski o przyczynach zwiększenia się lub zmniejszenia się chorób. Tylko na podstawie tak ścisłego materyału mógł Czacki, w odezwie do „zacnych ziomków“ z d. 2. maja 1812 r. pisać: „Dla spokojności waszej, Rodzice i opiekuni, donoszę, że między 693 uczniami, którzy są w gimnazyum wołyńskiem, od d. 15. września 1811 r. do dnia dzisiejszego wielkich chorób nie było. Protokół chorób najściślej jest utrzymywany, każda mała nawet słabość jest zapisaną: każdy ojciec i opiekun o dziecięciu, które do jego władzy należy, może sprawdzić szczególne i ogólne o chorobach uczniów wiadomości.“

Lekarzami gimnazyum, a później liceum krzemienieckiego, kolejno byli: Bartsch, Siedelmeyer, Majewski, Kaczkowski. Ten ostatni wykładał w ciągu kilku lat higienę, jako przedmiot nadobowiązkowy; na wykłady te prócz uczniów uczęszczali profesorowie, księża, urzędnicy, kobiety itd. tak, że wielka sala fizyczna ledwo pomieścić mogła cisnącą się publiczność.

Uczynił więc Czacki wszystko, co najlepszy ojciec i genialny pedagog uczynić był powinien, by zapewnić młodzieży, gromadzącej się po naukę w Krzemieńcu, prawidłowy rozwój cielesny, jak niemniej by zapobiedz chorobom i ograniczyć ich szerzenie się w razie wybuchu epidemii. Mógł więc Czacki bez ściągnięcia zarzutu chełpliwości napisać w wyżej wspomnianej odezwie do „zacnych ziemian“: „Tak niewielką liczbę chorujących w Krzemieńcu winno się w znacznej części położeniu miejsca. Wiatr ścieśniony górami czyści powietrze, woda zdrowa, uporządkowana praca, wesoły umysł w dobrej młodzieży, troskliwa nad nią pieczołowitość, uwaga na zdrowie i niewymyślne jadło, przechadzka w lecie, umiejętny ruch w zabawach; wszystko to, wzięte razem, upewnia

zdrowie fizyczne uczniów, wzmacnia ich siły i sposobi do tej społeczności, która cnoty, nauki, przyjemności w obcowaniu i zdrowia od ludzi wymaga.“

Wiadomość o działalności Tadeusza Czackiego na polu higienicznego wychowania młodzieży wołyńskiej, kształcącej się na początku XIX wieku w liceum Krzemienieckiem, zaczerpnęliśmy ze znakomitej monografii Dr. F. Majchrowicza, drukowanej r. 1894 w »Muzeum« p. t. »Tadeusz Czacki i jego zasługi w dziedzinie wychowania publicznego.« Całe ustępy przytoczyliśmy podług tej rozprawy. Nie powinien nas spotkać zarzut nadużycia pisma lekarskiego do opisu zabaw młodzieży krzemienieckiej, gdyż były one zorganizowane li tylko dla fizycznego rozwoju uczniów i zasadniczo nie różniły się od dzisiejszych zbiorowych ćwiczeń gimnastycznych młodzieży szkolnej, korpusów wakacyjnych, ogrodów dr. Jordana itd. Każdy wiek stawia się wyniośle względem wieku poprzedniego: bakteryologia i chemia naszych czasów zaznaczyły olbrzymi postęp w higienie umiejętnej, przyczyniły się do uświadomienia tego, co dawniejsze spostrzeganie i intuicya przeczuwały; lecz czy to uświadomienie naukowe sprowadziło w takimże stosunku nowe zarządzenia w higienie szkolnej, czy wywołało nowe a skuteczniejsze drogi i środki do zapobiegania i zwalczania chorób zakaźnych, lepsze niż w instrukcyi Czackiego? sądzimy, że nie. Wiemy, że typ szkoły się zmienił, jakoteż, że nie wszystkie paragrafy instrukcyi sanitarnej Czackiego dziś dałyby się zastosować: ale duch tej instrukcyi przetrwał 100 lat w swej świeżości i sile i świadczy o niespożytym geniuszu wielkiego pedagoga.

A. K.

VII. III. Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich w Pradze, 1901.

Zestawił

Dr. P. Kučera.

(Ciąg dalszy).

Sekcya chirurgiczna.

25. Dr. A. Hála (Praga). **Prątek jęczmyka stwardniałego** *(Bacillus chalazeon)* **i stosunek jego do korynebakteryj.** W roku 1893 wykazał Deyl, że przyczyną jęczmyka stwardniałego jest prątek, należący do gromady prątków błonicy wrzekomej (*b. pseudodiphteriae*). Obecnie autor zbadał 12 jęczmyków stwardn. ludzkich i porównywał prątki, które we wszystkich tych przypadkach znalazł, z 9-ma hodowlami korynebakteryj, wyhodowanych z różnych spraw patologicznych. Wynikiem pracy jego jest przekonanie, że jęczmyk stwardniały jest w istocie następstwem sprawy zakaźnej, zaczynającej się od ropienia i przechodzącej w sprawę ziarninową, — a nie jest torbielem retencyjnym gruczołów Meiboma (Fuchs), ani gruźlicą (Arlt). Prątki znajdowane w jęczmyku stwardniałym są w czystych hodowlach identyczne z laseczinkami, opisanymi jako „b. xeroseos“ lub prątek błonicy wrzekomej. Dostają się one do tkanki spojówkowej, prawdopodobnie przez pocieranie oka, z worka spojówkowego, w którym znajdują się prawie zawsze.

26. Prof. W. Rubeška (Praga). **O pęknięciu macicy.** Statystyka podręcznikowa wykazuje za wielki odsetek wyzdrowień po pęknięciu macicy (Klien: 50%), a to z powodu, że ogłaszane bywają przeważnie przypadki z wynikiem pomyślnym; zestawienia zaś, czynione w zakładach, podają śmiertelność znaczniejszą. R. zebrał 315 przypadków, z których wyzdrowiało 87 (27·6%), a umarło 224 (72·4%). Śmiertelność po pęknięciu zupełnem wynosiła nawet 80%, po pęknięciu częściowem 47%. Następnie podaje autor szereg wskazówek leczniczych.

27. Dr. J. Franta (Praga). **Wpływ ciąży, porodu i okresu poporodowego na torbiele bąblowca.** Wszystkie wymienione okresy wywierają niekorzystny wpływ na torbiele bąblowca. Torbiele te bowiem rosną szybciej podczas ciąży (14 przypadków), lub po niej (40 przyp.), nieraz nawet spostrzegano je dopiero w czasie ciąży (18 przyp.). Często torbiele bąblowca ulegają podczas ciąży i po połogu zropieniu, i to bez poprzedzającego nakłócia (31 przyp.); w 8-miu przypadkach opisanych torbiel pękł w czasie porodu.

28. Dr. V. Piťha (Praga). **Torbiele łożyskowe podkosmówkowe.** Torbiele są częstem zjawiskiem w łożysku, bo znajdują się w $^1/_5$—$^1/_3$ wszystkich porodów. W przeważnej części przypadków są one pochodzenia podkosmówkowego, jak autor przekonał się w 40-tu przypadkach. Leżą one po stronie płodowej łożyska i dochodzą rozmiarami od wielkości ziarnka prosa do wielkości jaja kurzego. Stale znajdujemy torbiele razem z zawałami (infarktami), a pochodzenie obu jest jednakowe. Oba bowiem powstają ze zwyrodniałych wypustek *serotinae*, sięgających aż pod kosmówkę. Naokoło takich wypustek krzepnie krew, a kosmki kosmówki zlepiają się. Jeżeli to wszystko pozostanie w związku z warstwą łącznotkankową kosmówki, to powstaje obraz zawału, jeżeli zaś część łącznotkankowa się oddala, wytwarza się jama, zawierająca zwyrodniałe komórki doczesnej.

29. Docent J. Bukovský (Praga). **Stosunek osutek kiłowych wrzodziejących do okresu wczesnego.** Istnieją niewątpliwie przypadki t. nazw. kiły złośliwej, w których brak jest okresu drugiego, a gdzie objawy późne (kilaki) występują obok objawów wczesnych. Lecz obok takich przypadków są i inne, w których taka równoczesność jest tylko pozorną i polega na pomyłce rozpoznawczej. Zdarza się bowiem, iż zwykła osutka okresu wczesnego przybiera cechy nietypowe, postacie wrzodów, podobnych do kilaków. Lecz autor wykazuje, że w takich razach sporo oznak klinicznych i histologicznych wyróżnia zawsze podobną osutkę od kilaka. Zarazem przekonał się autor, że wczesne osutki wtedy przechodzą w sprawy głębsze, jeżeli zajmują naczynia chłonne lub krwionośne, wskutek czego następuje martwica, obrzęk i naciek krwawy.

30. Dr. A. Chvojka (Praga). **Doświadczenia nad zastosowaniem miesienia w ginekologii.** Autor opisuje na wstępie sposób postępowania przy miesieniu ginekologicznem, przy którem stosuje on tylko głaskanie (effleurage) i pocieranie; wspomina następnie o połączeniu miesienia z kąpielami błotnemi lub słonemi i streszcza wynik doświadczeń swoich w zdaniu, iż do miesienia nadają się tylko stare wypociny w tkance miednicy, z wyjątkiem wypociny rzeżączkowej; nie nadają się zaś do leczenia tego zrosty łącznotkankowe macicy.

31. Dr. B. Novy (Praga). **Jak się zachowuje ściana ciężarnej trąbki?** Badania histologiczne Novygo zgadzają się w zasadzie z wynikiem badań Ulesko-Stroganowej. W miejscu, gdzie jajo płodowe przylega do ściany, przybłonek buja; na dalszej zaś przestrzeni zanika. Nie widać tu jednak wytwarzającej się doczesnej. Komórki podobne są do komórek doczesnej, pochodzą z warstwy Langhansa, odrywają się od niej i przenikają całą ścianę, rozluźniając mięśnie i nadżerając naczynia, wskutek czego, — czasami nawet już po poronieniu, przychodzi do wybroczyn.

32. Dr. K. Výmola (Praga). **Twardziel zakaźna.** (*Scleroma infectiosum*). Nazwę tę (Ducrey) proponuje autor zamiast *rhinoscleroma*, gdyż cierpienie to trzeba zaliczyć do gromady zakaźnych nowotworów ziarninowych. Doświadczenie autora opiera się na 7-miu przypadkach (w przeciągu 8-miu lat). We wszystkich znalazł i ze wszystkich wyhodował charakterystycznego prątka i jest przekonany o jego swoistości. Przeszczepianie twardzieli na zwierzęta nie udało się, pomimo najróżnorodniejszych prób i wbrew dodatnim wynikom Stepanowa. W leczeniu najlepsze wyniki daje operacya. Pawlowski próbował leczenia zapomocą toksyn bakteryj twardzieli. Výmola zaś z porady docenta Honla obrał inną drogę: Przyrządził on sobie wyciąg z samych ciał bakteryj — „plasmin“ lub „protein“, — według metody Buchnera (KOH i HCl). Z początku stosował go w pierwotnej postaci, później zagęszczał do $^1/_{10}$ pierwotnej objętości. Wstrzykiwał wyciąg ten czterem chorym między łopatki, zaczynając od 0·5 ctm.^{3} aż do 8·5 ctm^3. Ogólna ilość wstrzykniętego wyciągu wynosiła u pojedynczej osoby 60·5—203·5 ctm^3, ilość zaś wstrzykiwań 15—48. Po wstrzykiwaniu nastąpił odczyn miejscowy i ogólny (podniesienie ciepłoty), a u wszystkich chorych osiągnięto znaczną poprawę.

33. Dr. V. Černý (Kolin). **Przyczyny i objawy pierwotnego czyraka.** Z własnego doświadczenia przekonał się C., że czyraki mogą występować jako choroba nagminna i zaraźliwa. Podaje on bowiem, że w przeciągu trzech lat miał zawsze pewien okres (3 mies.), w którym liczba przypadków czyraka była rażąco wielka, a niezawsze było to w jesieni, lub na wiosnę. Następnie przytacza autor przypadki czyraka u kilku członków jednej rodziny w tymsamym czasie; dalej epidemię w pewnej fabryce, a wreszcie fakt, że sam, od początku swojej praktyki, miał już bez liku czyraków, podczas gdy dawniej nigdy na nie nie cierpiał. Co do objawów i wczesnego rozpoznania, autor zwraca uwagę na to, że czyrak już w samych początkach, kiedy to jeszcze jest podobnym do zwykłego zapalenia torebki włosowej, odznacza się znaczną przeczulicą otaczającej skóry.

34. Dr. Jaklin (Plzeň). **Operacya Bottiniego.** Autor, jako gorący zwolennik tej operacyi, przytacza historyę, opisuje technikę, wskazuje na możliwe powikłania podczas operacyi i po operacyi, wylicza jej zalety, a w końcu zaleca ją wszędzie tam, gdzie zmuszeni jesteśmy chorego cewnikować na stałe. W 88% przypadków,

mówi autor, operacya ta leczy doszczętnie przerost gruczołu krokowego.

35. *a*) Docent R. Jedlička (Praga). **O znieczuleniu rdzeniowem.** Znieczulenie drogą rdzenia pacierzowego zastosowano mniejwięcej w 2000 przypadków, a zdania są wciąż jeszcze podzielone, czasami nawet wręcz przeciwne. W klinice prof. Maydla użyto tego sposobu (od października do maja 1901) w 226 przypadkach. Odkąd zastąpiono kokainę eukainą *A*, wyniki są zupełnie zadawalniające, a przebieg po operacyi lepszy, niż po chloroformie, przyczem wyniki poprawiały się w miarę nabywanego doświadczenia. Oprócz jednego przypadku (po kokainie) nigdy nie było żadnych poważnych następstw.

Powody do niebezpieczeństwa przy tem postępowaniu są następujące:

1. Wpływ trujący preparatu, co jednak odpada przy eukainie *A*.

2. Swoiste, miejscowe działanie wstrzykniętej substancyi. Roztwory mocniejsze mają wpływ na przewodnictwo nietylko włókien czuciowych, ale i ruchowych, a wpływ ten sięga względnie i na rdzeń przedłużony. Zapobiegają temu: słabe rozczyny (najwyżej 1½%), pozycya siedząca chorego, powolne wstrzykiwanie, ciepłota płynu 38°, jednakowa koncentracya rozczynu, jak i płynu mózgowo-rdzeniowego (dodanie NaCl aż do punktu kryoskopowego 0·60).

3. Zaburzenie równowagi w napięciu płynu rdzeniowego przez wypuszczenie części jego, lub przez wstrzyknięcie, dlatego choroby mózgowe, choroby rdzenia, jakoteż ogólna miażdżyca tętnic stanowią przeciwwskazania.

4. Wstrzyknięcie innorodnej substancyi wywołuje w worku oponowym pewne, bliżej nieznane zmiany, które wywołują bóle głowy, podniesienie ciepłoty, a nawet t. zw. „meningismus". Ażeby objawy te jaknajwięcej złagodzić, trzeba zawsze przed wstrzyknięciem część płynu wypuścić.

Wogóle niebezpieczeństwo polega tylko na niedostatecznych wiadomościach naszych o prawach chłonienia, ciśnienia itd. w worku oponowym. Usunąć je można tylko przez dokładne zbadanie kliniczne i doświadczalne, a należy ufać, że metoda ta wydoskonali się.

b) Dr. V. Kopfstein (Ml. Boleslav.) spostrzegał nieraz, że po zastosowaniu eukainy *A* (1½%) występują poważne przypadłości (wysoka gorączka, ból głowy, wymioty), a nadto bywało znieczulenie nieraz bardzo niedostateczne. Lepsze daleko wyniki dawała tropokokaina (0·04—0·05), lecz zawsze jeszcze w przypadkach nieodzownych woli autor używać chloroformu.

c) Dr. Zahradnický (Něm. Brod) wypróbował znieczulanie według Biera w 53 przypadkach; w 6 przypadkach wstrzykiwał eukainę *B*, w innych eukainę *A*. Również i on opisuje niepokojące objawy podczas zabiegu i po nim; 4 razy nawet był zmuszony dołączyć uśpienie chloroformowe. W wieku późniejszym (miażdżyca) sposobu tego stosować się nie powinno. Zdaniem jego metoda ta nie jest dotąd wydoskonaloną do użytku lekarza praktycznego.

d) Dr. J. Hausmann (Praga) streszcza doświadczenia z czeskiej kliniki ginekologicznej, gdzie stosowano znieczulanie rdzeniowe od 3-go marca do 20-go maja 40 razy. I tutaj zauważono szereg niekorzystnych objawów, lecz nigdy o charakterze ciężkim. Ostateczne więc zapatrywanie sprawozdawcy brzmi, iż w ginekologii można metodę tę stosować bez niebezpieczeństwa i to nawet z lepszym skutkiem, niż chloroform, z wyjątkiem u osób histerycznych i starych.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VIII. Wiadomości bieżące.

† Dr. Marceli Nencki

Prof. i kierownik Instytutu medycyny doświadczalnej w Petersburgu, członek Akademii Umiejętności w Krakowie, doktor honorowy Uniw. Jagiell. itd. zakończył życie d. 14 b. m. w Petersburgu, licząc lat 54.

Życiorys znakomitego uczonego podamy w jednym z numerów następnych.

Kraków, dn. 17 października.

* Notatkę naszą o »Fundacyi Nobla«, ogłoszoną w ostatnim Nrze »Przegl. lekarsk.«, uzupełnić winniśmy doniesieniem, że do przedstawienia kandydatów do nagród zawezwani zostali w dalszym ciągu wszyscy profesorowie zwyczajni wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego.

* N. 150 »Odczytów klinicznych« zawiera monografię dr. P. Kučery p. t. »Dzisiejszy stan nauki o przyczynach raka«.

* Na ostatnim Zjeździe Towarzystw ubezpieczeń na życie w Amsterdamie roztrząsano wiele spraw istotnie doniosłych. Stokvis mówił o białkomoczu i orzekł, że nie wszystkim, którzy cierpią na białkomocz, należy odmawiać praw do ubezpieczenia na życie, gdyż białkomocz zdarza się pochodzenia pozanerkowego, a drobnowid nie wykrywa żadnych pierwiastków nerki. Taki białkomocz jest bez znaczenia dla życia. Przedewszystkiem trzeba pamiętać, że białkomocz nerkowy może być czynnościowy i organiczny: przy ubezpieczaniu należy badać i uwzględniać jego przyczynę. Siredey mówił o cukrzycy: doradza on odmawiać praw do ubezpieczenia wszystkim chudym chorym na cukrzycę; otyłym zaś do 35-ciu lat życia. Poels miał wykład o rokowaniu w chorobach serca: sądzi on, że jeżeli wyrównanie przy wadzie zastawkowej trwa już kilka lat, to w pojęciu ubezpieczenia należy w takim razie lepiej rokować, niż w przypadkach świeżych, niedających należytej podstawy do orzeczenia. Zwężenia ujść dają gorsze rokowanie, niż niedomykalność zastawek. Salamonsen utrzymywał, że osoby, które przebyły kiłę, a mają dzieci zdrowe i od 10-ciu lat nie uległy nawrotowi, mogą być ubezpieczone. Mahillon sądzi, że przy ubezpieczaniu kobiet miarodajnym jest przebieg pierwszego rozwiązania, dający wskazówkę do rokowania o rozwiązaniach następnych. Weill-Manton utrzymywał, że osoby operowane z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego mogą po pewnym czasie być ubezpieczone.

* Na skargę techników dentystycznych, że dentyści wykonują roboty techniczne bez upoważnienia, trybunał orzekł, że uprawnieni dentyści nie potrzebują już starać się o upoważnienie do wykonywania techniki dentystycznej, a natomiast obowiązani są do zameldowania wykonawstwa tej części swego zawodu władzy miejscowej, jako »wolnego przemysłu« i oczywiście... do zapłacenia taksy za kartę przemysłową. *Duobus litigantibus* fiscus *gaudet*.

* Tylko zapoznaniem wszelkiego dogmatyzmu w nowoczesnem społeczeństwie można wytłómaczyć petycyę 44 gmin górno-austryackich, domagających się od Sejmu, by wyrobił u rządu pozwolenie na praktykę lekarską trzem kmieciom, zajmującym się t. zw. »kostowprawstwem«. Lecz to nietylko lud wieśniaczy 44 gmin popiera swych partaczy; większość komisyi sejmowej podniosła rękę za wnioskiem referenta, ażeby petycyę przekazać Wydziałowi krajowemu do uwzględnienia. Po powzięciu tej gorszącej uchwały, powzięto drugą i tym razem jednomyślnie, ażeby domagać się od rządu założenia Wydziału lekarskiego w Lincu. Gdzież jest konsekwencya? jeśli żąda się nadania prawa do praktyki lekarskiej partaczom, to tem samem nie uznaje się znaczenia szkoły i nauki, a więc w takim razie, pocóż domagać się założenia wydziału lekarskiego w Lincu? Sądząc z tych uchwał, nam się wydaje, że na razie tamby się więcej przydały szkoły elementarne, niż wydział lekarski.

* W ostatnim Zeszycie prac cesarskiego Urzędu zdrowia w Berlinie znajdują się spostrzeżenia prof. Kossla i Dr. Nochta nad drogami, któremi się zwykle szerzy mór. Autorowie ci zbadali drogę, którą mór kroczył z głębi Azyi przez Hongkong; doszli oni do następujących wniosków: 1) mór pojawia się głównie w portach, będących na szlaku głównej komunikacyi morskiej świata; 2) z portów tych mór mało się szerzy na ląd; 3) nie powiodło się wyjaśnić pojawienia się moru w portach jakąkolwiek stałą i znaną przyczyną, a zwłaszcza nigdzie nie można było odnieść pierwszych przypadków do pochodzących od ludzi, na okrętach przybyłych. Autorowie zatem skłaniają się do zdania od najdawniejszych czasów wypowiadanego, że istotnymi roznosicielami moru muszą być szczury.

* Rząd rosyjski powołał osobną komisyę dla przeszkodzenia wtargnięciu moru wewnątrz kraju. Komisya zarządziła na wszystkich stacyach granicznych posterunki sanitarne, zaopatrzone w przyrządy i przetwory chemiczne. Osoby przybywające z miejsc zakażonych, lub osoby chore, mają uledz badaniu lekarskiemu i, w razie istotnej potrzeby, poddane obserwacyi.

* »Virchow-Bibiographie« — pod tym tytułem wyszła broszura o 7 arkuszach druku, zawierająca tytuły wszystkich prac naukowych jubilata z dziedziny medycyny, higieny, antropologii, filozofii i spraw stanu lekarskiego. Autorami tej pracy bibliograficznej są: Becher, Pagel, Schwalbe, Strauch i Weyl.

* Udział uczonych zagranicznych w uroczystym jubileuszu 80-tej rocznicy urodzin Virchowa przydał temu obchodowi świetności i znaczenia. Niemieckie tygodniki lekarskie wydały numera jubileuszowe, odznaczające się celowym doborem treści. Na szpaltach »Berliner klinische Wochenschrift«, obok autorów niemieckich, spotykamy pracę Baccellego (po łacinie), Cornila (po francusku), Pye-Smitha (po angielsku) i t. d.

Nekrologia. Feliks Czerwiakowski, Dr. medycyny, syn Ignacego Rafała, prof. botaniki w Uniw. Jagiel., wnuk Rafała Józefa, profesora i założyciela klinik krakowskich, zakończył życie w Krakowie, licząc lat 57.

Bibliografia:

»Universum« Lexicon der Bade — und Curorte von Europa. Na wielką skalę podjęte wydawnictwo, obejmujące zdrojowiska i uzdrowiska całej Europy. Tom I. poświęcony miejscom kuracyjnym austryackim; informacye są szczegółowe, pouczające i ścisłe; rozbiory chemiczne wód — najnowsze. Ze zdrojowisk i uzdrowisk galicyjskich żadne nie jest pominięte, a piękne ilustracye uzupełniają to pożyteczne dzieło. Redaktorem tego I-go tomu jest dr. Tripold z Abbazyi.

— *Gazety lekarskiej* Nr. 39 i 40 — nie otrzymaliśmy. Nr. 41 Grudziński i Konwerski: Światło jako środek leczniczy. Wielowieyski i Kopytowski: Przyczynek do klinik i do zmian anatomo-patologicznych w skórze przy »pityryasis rubra Hebrae«.

— *Nowiny lekarskie* Z. 10. Noiszewski: Poczucie przestrzeni i wyobrażenia wzrokowe. Szuman: Przyczynek do chirurgicznego leczenia kamieni żółciowych.

— *Krytyka lekarska* Z. 10. Mutermilch: Odczyt prof. R. Kocha o zwalczaniu gruźlicy w oświetleniu krytycznem

— *Medycyna* Nr. 38. Szmurło: O stanach neurastenicznych, na tle zaburzeń nosowych powstałych (dok). Lachs: Ginekologia u Celsusa. — Nr. 41 Flatau i Koelichen: O stwardnieniu rozsianem, przebiegającem pod postacią zapalenia rdzenia pacierzowego (c. d.) Lachs: Ginekologia u Celsusa (dok).

— *Przegląd okulistyczny* (wrzesień). Noiszewski: Badanie widzenia różniczkowego i całkowego. Strzemiński: Zapalenia rzeżączkowe spojówki noworodków, pochodzące z zakażenia przedporodowego. Wicherkiewicz: Uraz, jako bezpośrednia przyczyna powstawania mięsaków narządu wzrokowego (dok).

— *Časopis lekařů českých* Nr. 41. Slavik Jak rychle nastupuje smrt, zraněno-li srdce? Pešina: O výsledcích serotherapie při diftherii v Čechách.

— *La Presse médicale* Nr. 81. Aubertin: Białkomocz powstający tylko przy staniu w przebiegu płoniczego zapalenia nerek. Schab: O podwiązaniu i opatrywaniu pepowiny. — Nr. 82. Uzac: O zniekształtnieniach, którym ulegają kule z broni nowoczesnej. Romme Nieżyt przewlekły oskrzeli u dzieci.

— *Wiener klin. Wochenschrift* Nr. 41 Veichselbaum: W 80 rocznicę urodzin Rudolfa Virchowa. Zappert. Dziecięcy rdzeń pacierzowy i syringomyelia. Landsteiner: O zmianach zwyrodczych nabłonka nerkowego. Stoerk: O zmianach w nerkach w kile wrodzonej. Stangl: Histologia trzustki. Weichselbaum i Stangl: Przyczynek do nauki o zmianach subtelnych w trzustce w przebiegu cukrzycy Külbs: Nabłonek migotny w jednym przypadku raka żołądka i jego przerzuty. Erdheim: Przyczynek do nauki o narządzie skrzelowym u człowieka. Stravoskiadis: O wytwarzaniu się i przemianie wstecznej tkanki błony doczesnej w otrzewnej. Lindenthal: O powstawaniu pęknięcia trąbki Albrecht i Ghon: Etyologia i anatomia patologiczna nagminnego zapalenia błon mózgowo-rdzeniowych. Wintersteiner: O przerzutowem zapaleniu oczów w przebiegu nagminnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych. Sachs: Prątek zapalenia płuc (Friedländera), jako czynnik przyczynowy ropnia w mózgu. Leiner: Grypa, jako zakażenie mięszane przy błonicy. Bartel: Etyologia i histologia zapalenia wsierdzia.

— *Münchener medic. Wochenschrift* Nr. 41 Cramer: Bacylol i lysoform — dwa nowe leki odkażające. Bettmann: Wystąpienie łuszczycy pospolitej, jako następstwo tatuowania. Eichel: O podskórnem urazowem krwawieniu w jamie brzusznej. Tonzig: O wypłókaniu ustroju przy doświadczalnem zakażeniu tężcowem. Georgii: Leczenie skaleczeń palców ze szczególnem uwzględnieniem późniejszej zdolności zarobkowania. Hopmann: Nieprawidłowości przestworu nosowo-połykowego, wyjaśnione na dwóch przypadkach ropienia nosowego z t. zw. nerwicą odruchową. Zaggl: Śmierć wskutek leczenia partackiego: Diehl: Przypadek utrzymanej świadomości w napadzie padaczkowym. Gottstein: Statystyczny przyczynek do szerzenia się gruźlicy.

— *Deutsche medic. Wochenschrift* Nr. 41. Ribbert: Rudolf Virchow, twórca patologii komórkowej. Erisman: Virchow, jako higienista. Lissauer: Virchow, jako antropolog. Grawitz: Wrota wtargnięcia prątków gruźliczych i ich umiejscowienie u ludzi. Babes: Badanie osnowy nerwowej (neuroglia). Chiari: Glejowate zwyrodnienie szlaku i opuszki węchowej przy glejaku mózgu. Ury: Przyczynek do metodyki badania kału.

— *Berliner klin. Wochenschrift* Nr. 41. Bacceli: Rodulpho Virchowio Weichselbaum i Zuckerkandl: O wpływie Virchowa na rozwój anatomii patologicznej, medycyny publicznej i antropologii w Austryi. Cornil: Wspomnienie z przeszłości. Pey-Smith: Wpływ Virchowa na patologię w Anglii. Stokvis: Virchow i medycyna w Holandyi. Scherwinsky: Rudolf Virchow i medycyna w Rosyi. Sundberg. Rudolf Virchow i medycyna w Szwecyi. Salomonsen: Rudolf Virchow i medycyna w Danii. Karamitzas: Rudolf Virchow i medycyna w Grecyi. Jacoby: Rudolf Virchow i medycyna w Ameryce. Israel: Muzeum patologiczne w królewskim Fryderyka Wilhelma uniwersytecie w Berlinie.

Redakcya otrzymała: Beck: 1) Fracture of the Carpal End of the Radius. with Fissure or Fracture of the Lower End of the Ulna, and Other Associated Injuries. 2) Ueber die Darstellung von Gallensteinen mittelst der Röntgenstrahlen, nebst Bemerkungen über die Erblichkeit der Prädisposition zur Gallensteinkrankheit. 3) Oseous cysts of the Tibia. 4) Ueber deform geheilte Frakturen und ihre Behandlung. 5. Ueber die Fractur des Processus coronoiodus ulnae. 6) Congenitae malformations of the upper axtremity. 7) Ueber Sarkombehandlung mittels der Röntgenstrahlen. 8) Metatarsal Fracture. 9) The prismary Treatment of infected woundas with Tincture of jodine. 10) Beitrag zur Diagnostik Therapie der Struma. Komorowski: Stosowanie opatrunków tegminowych przy szczepieniu ospy. Łukaszewicz: peresadka jaicznikow. Nieskolko opytow nad żywotnymi. Lemberger: 1) O przyrządzie do badania wymiany gazów podczas oddychania u zwierząt 2) To samo po niemiecku.

Towarzystwo lekarskie krakowskie i Towarzystwo przyrodników im. Kopernika odbędą we środę, d. 23 października, o godz. 6. wieczorem, ***w auli uniwersyteckiej*** wspólne posiedzenie uroczyste, poświęcone naukowej działalności ś. p. Marcelego Nenckiego.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**